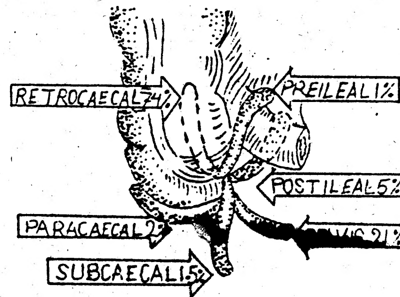
د - موقعیت Post ileal یا خلف عروه الیوم.

ه - موقعیت Pelvie یا حوصلی.

و - موقعیت Subcaecal یا Mid inguinal.



شکل «۲٦» موقعیتهای مختلف اپاندیکس

انومالی های ولادی اپاندکس

Agenesis یا عدم موجودیت اپاندکس - یك واقعه در صد هزار نفر مشاهده شده که بعضاً ولادی بوده اما کثراً از باعث جدا شدن اپانکس در نتیجهء تغلف قبلی میباشد.

Duplication یا تضاعف اپاندکس - واقعات نادر این انومالی راپور داده شده و در بعضی وقایع یکی از آنها مصاب التهاب بوده در حالیکه اپاندکس دومی سالم دریافت شده

اپاندکس با موقعیت طرف چپ Left sided appendix - که بنام Situs inversus viscerum نیز یاد شده و در این انومالی ولادی احشاء صدری و بطنی بصورت مکمل موقعیت معکوس داشته و یك واقعه در ۳۵۰۰۰ نفر راپور داده شده است. این انومالی در مرد ها زیاد معمول ده و در چنین وقایع عروه اپاندکس در طرف چپ بطن موقعیت دارد . و عدم تدور Midgut نیز در بعضی وقایع باعث این حادثه میگردد.

ازنظر امبریولوژی اپاندکس یك قسمتی از سیکوم بوده که نهایت سفلی آنرا ساخته و از نظر هستولوژیك به استثنای داشتن تعداد زیاد انساج لنفاوی در طبقه تحت المخاطی مشابه سیکوم است.

میزو اپاندکس که یك التواء پریتوانی است به تمادی مساریقه امعاء رقیقه قرار داشته و در حافه آزاد آن شریان اپاندیکولیر (یك شعبه شریان الیوکولیك) سیردارد و ترومبوز همین شریان در وقایع اپاندیسیت حاد باعث گانگرین و تثقب اپاندکس میگردد.

اورده اپاندکس به ورید الیوکولیك و از آنجابه ورید مساریقی علوی میریزد و لنف آن به عقدات الیوسیکل تخلیه میگردد.

فزیولوژی اپاندکس

اپاندکس در یك شخص جوان دارای تعداد زیادی فولیکول لنفاوی بوده که این فولیکولها دو هفته بعد از تولد در اپاندکس ظاهر شده و تعداد ان در ۱۵ سالگی به ۲۰۰ عدد و یا بیش تر ازان میرسد بعداً انساج لنفاوی ضمور نموده و باعث فیبروز جدار اپاندکس و انسداد قسمی ویا تام لومن میگردد.

هر گاه اپاندکس دارای وظیفه فزیولوژیك باشد ممکن این وظیفه مربوط به فولیکولهای لنفاوی آن باشد و باید گفت که بروز وقایع کارسینومای کولون به تعقیب اپاندکتومی توسط مطالعات کنترولی تائید نشده است.

التهاب حاد عروء اپاندکس

(Acute Appendicitis)

اپاندیسیت حاد از شایع ترین وقایع جراحی عاجل بطنی است و گمان میرود که این مرض درکشور انگلستان یك ششم جمعیت رامبتلا میسازد. شیوع اپاندیسیت مخصوص جوامع متمدن بوده ، در حالیکه مرض در جوامع رو به انکشاف روستائی بصورت نسبی غیر معمول میباشد وافراد جوامع ابتدائی باپیروی از رژیم غذائی ممالك غربی به این مرض مبتلا می شوند.

ایتولوژی و پتوژنی

عامل مهم در تکون التهاب اپاندکس عبارت از بند شدن لومن آن است و عوامل ذیل باعث بند شدن لومن اپاندکس میگردد.

الف - اجسام اجنبی

۱ - مواد معدنی مانند Faecaliths که سبب معمول مرض به شمار میرود.

۲ - پرازیت های معائی مانند اکسیور و کرم اسکاریس.

۳ - خسته حبوبات و میوه جات.

ب - ضخامه انساج لنفاوی تحت المخاطی اپاندکس - که در سن طفولیت و بلوغ زیاد مشاهده شده و لومن اپاندکس را مسدود میسازد.

چگونگی حوادث به تعقیب بند شدن لومن اپاندکس قرار ذیل است:

بندش قسمت Proximal اپاندکس باعث Closed- loop obstruction شده و افرازات مخاطی اپاندکس بزودی سبب توسع لومن آن میگردد. باید گفت که لومن اپاندکس بصورت نارمل ۰.۱ ملي/ لیتر ظرفیت داشته و زمانیکه افرازات در قسمت Distal لومن بند شده و به ۰.۵ ملی لیتر برسد فشار داخل لومن اپاندکس به ٦٠ سانتی مترآب بلند میرود و با وجود این ازدیاد فشار داخل لومن عروه اپاندکس ، افرازات مخاطی الی تثقب و گانگرین ادامه پیدا میکند . توسع لومن اپاندکس باعث تولید یك درد مبهم ، گنگ و منتشر در قسمت مرکزی بطن ویا سفلی Epigastric شده و همچنان Peristalsis در اثر توسع آنی و حاد بوجود آمده بناءً درد های نوع Cramping بر علاوه درد های حشوی در مرحله مقدم اپاندکس حاد مشاهده شده میتواند .

توسع لومن اپاندیکس در اثر افرازات مخاطی و تکثر باکتریها (اکثراً انتانات مختلط از قبیل Bacteroides- streptococcus faecalis , E.Coli ودیگر انتانات معائی) افزایش یافته و باعث ازدیاد فشار ورید و بندش اوعیه شعریه و Venole ها میگردد. در حالیکه جریان خون در Artereole ها دامه دارد که این حادثه باعث احتقان وعائی و انتعاذ اپاندکس میگردد. توسع اپاندکس بصورت عکسوی باعث دلبدی ، استفراغ و تشدید درد حشوی شده و به زودی پروسهٔ التهابی طبقه مصلی و بعداً پریتوان جداری ناحیوی را نیز اشغال و باعث تغیر موقعیت درد در مربع سفلی راست بطن میگردد.

مخاط اپاندکس نیز مانند سایر نواحی جهاز هضمی در اثر مختل شدن ارواء آن ماوف شده و در نتیجه باکتری ها طبقات عمیقه را مورد حمله قرار داده و از باعث جذب انساج متموته و توکسین باکتریها نزد مریض تب، تسرع نبض و لوکوسیتوز بوجود

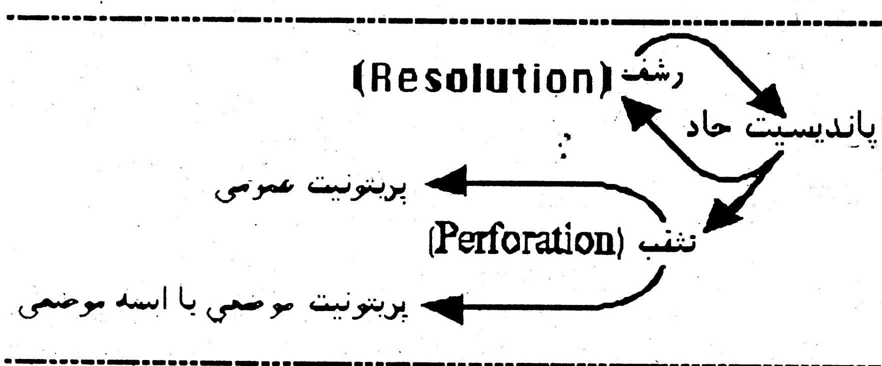
میاید. زمانیکه توسع روبه ازدیادلومن اپاندکس اضافه ترازفشار شریانی گردداروا ءناحیه زیاد ترمختل شده و در نتیجه باعث احتشاء و تثقب اپاندکس در وجه انتی میزانتریك آن میگردد.

این حوادث ثابت نبوده و در بعضی موارد حمله اپاندیسیت حاد بصورت بنفسیه خاموش میگردد چنانچه بسیاری مریضان اپاندیسیت حاد از حملات خفیف قبلی مرض یاد آور می شوند که ممکن علت آن برطرف شدن ضخامه انساج لنفاوی اپاندکس و Faecalith نرم باشد و این حادثه زیاد تر در اپاندیسیت های نوع غیر انسدادی نظر به نوع انسدادی مشاهده میگردد. در صورتیکه مجراء اپاندکس خالی و بدون باکتری باشد در اثر تجمع افرازات مخاطی اپاندکس در قسمت Distal ناحیه انسدادی Mucocele اپاندکس بوجود می آید.

اپاندیسیت حاد درهر سن و سال تصادف شده لاکن کثرت وقایع آن در دهه دوم و سوم حیات یعنی سن ۱۲ - ۳۵ سالگی مشاهده میشود. (ازدیاد فولیکولهای لنفاوي) واقعات اپاندیسیت درسنین بالاتر از ٤٠ سالگی کمتر، در اطفال کوچك نادر (نسبت وسیع بو مجراء اپاندکس و فوهه آن بداخل سیکوم) ودر نوزادان استثناءً مشاهده میگردد.

سیر پتالوژیك اپندیسیت حاد

التهاب حاد اپاندکس ممکن رشف و جذب شود که درین صورت باید منتظر حملات بعدی و مجدد مرض بوده چنانچه بسیاری از مریضان اپاندیسیت در گذشته خویش از حملات شبیه حکایه میکنند . لاکن اپاندیسیت حاد در بسیاری موارد به گانگرین و تثقب معروض شده و بنوبه خویش باعث پریتونیت عمومی و یا ابسه موضعی میگردد که امکانات فوق را میتوانیم بصورت ذیل خلاصه نماییم:



اناتومو پتولوژی

برای بار اول Sutton (۱۸۹۱) نشان داد که آفت ابتدائی در اپاندیسیت حاد عبارت از یك Folliculite میباشد یعنی بعداز انسداد عروه اپاندکس و تجمع افرازات در ان اولاً انساج لنفاوی مصاب شده و به تعقیب آن انتان به طبقات دیگر انتقال می یابد و از نظر تشریحی آفات مذکور را بدو مرحله مطالعه مینماییم:

الف - مطالعه آفت اپاندکس - اولاً در اپاندکس التهاب ساده و یا نزلوی بوجود آمده و این التهاب بعداً بطرف تقیح و تثقب پیش میرود که باعث پریتونیت میگردد.

۱ - مرحله التهاب سادهٔ - در این مرحله اپاندکس احتقانی و سرخ رنگ شده اوعیه شعریه آن زیاد و تمام طبقات اپاندکس (مخاطی ، عضلی ، ومصلی) ضخاموی میگردد و از نظر هستولوژی فولیکولهای لنفاوی حالت ضخاموی سرخ رنگ را اختیار مینماید.

۲ - مرحله تقیح - انتانات باعث تقیح شده و در قسمت مرکزی فولیکولهای لنقاوی یك نقطه تقیح پیدا شده و تقیح مذکور بداخل لومن اپاندکس تجمع نموده و باعث توسع آن میگردد.

۳ - مرحله گانگرین - انتانات مخصوصاً باسیل Perfringons ویا اسکیمی از باعث ترومبوز اوعیه اپاندیکولیر سبب گانکرین اپاندکس میگردد.

ب - مطالعه آفات محیط اپاندکس : انتانات از طریق لنفاوی ویا از باعث تثقب عروه اپاندکس به پریتوان رسیده وباعث پریتونیت میگردد. قبل از تثقب یك مایع مصلی در محیط اپاندکس تجمع نموده که سیر این مایع نظر به هر واقعه و شخص فرق کرده و اگر مایع مـــذکور رشف گردید اعضاء مجاور مانند سیکوم ، الیوم و ثرب کبیر اپاندکس را احاطه کرده ویك کتله را در حفره حرقفی راست میسازد که بنام Mass appendiculare ویا Plastron appendiculaire یاد میگردد که بعداً مطالعه می شود.

مطالعهء سریری مرض

اعراض سریری اپاندیسیت حاد نظر به شخص و سن مریض فرق کرده و در اینجا یك شکل

وصفی اپاندیسیت را نزد کاهل مطالعه مینماییم:

اعراض وظیفوی (Symptoms) - عبارت است از:

۱ - در بطن

۲ - دلبدی و استفراغ

۳ - قبضیت

٤ - بی اشتهائی

۵ - اعراض بولي

۱ - درد بطن - دراکثر واقعات شروع درد از ناحیه (Epigastric) ویا اطراف ثره بوده و این درد بعد از مدت تقریباً ٦ ساعت در حفره حرقفی راست ویا اگر بهتر گفته شود در محل توضع اپاندکسی التهابي متمرکز میشود . بناءً اگر اپاندکس موقعیت حوصلی داشته باشد . در فوق عانه و اگر در موقعیت Retrocaecal داشته باشد درد زیاد تر در ناحیه قطنی و اگر در نهایت اپاندکس التهابی ودرحفره حرقفی چپ قرار داشته باشد درد در ناحیه مذکور احساس میگردد درد مرکزی ابتدائی منشه حشوی داشته و موضعی شدن درد در حفره حرقفی راست از باعث مارف شدن پریتوان جداری حساس در اثر پروسه التهابی میباشد. درد دراپاندیسیت حاد وصف گنگ و بعضاً Cramp مانند را داشته و انتشار درد بطرف راست بطن ، ناحیه شرصوفیه ویا ناحیه قطنی میباشد.

۲ - دلبدي و استفراغ - عادتاً بعد از شروع درد بوجود آمده و اگر استفراغ موجود باشد تعداد آن کم بوده و با تخلیه شدن معده استفراغ نیز متوقف میگردد.

۳ - قبضیت - معمولاً موجود بوده اما در بعضی وقایع استثنائی اسهالات نیز مشاهده میگردد. مخصوصاً که اپاندکس موقعیت Retro ileal داشته و باعث تخریش الیوم نهائی گردد

٤-بی اشتهائی - اکثراً یك عرض ثابت بوده و در کتب امریکائی به حیث اولین عرض مریض ذکر شده است.

۵ - اعراض بولی - این عرض به شکل تسلسل بول و Dysuria در اپاندیسیت های با موقیعت حوصلی ذکرشده است.

Murphy's چگونگی حوادث را که از نظر تشخیص قابل اهمیت است در یك اپاندیسیت حاد چنین توصیف مینماید : درد مرکزی بطن ، استفراغ و انتقال درد به حفره حرقفی راست . به تعقیب تثقب اپاندکس و نتقیص فشار داخل لومن آن ممکن درد مریض بطور موقت تخفیف ویا بکلی از بین برود که بعد از این تخفیف موقتی درد های شدید و منتشر با استفراغات زیاد از باعث ایجاد پریتونیت حاد بوجود می آید.

معاینـــــــه فزیکی

علایم مرض (Signs)

- علایم عمومی - مریض برافروخته بوده ممکن حالت توکسیك داشه باشد و بطور واضح از درد رنج میبرد درجه حرارت به ۳۷٫۸ درجهء سانتی گراد و تعداد نبض در اکثر مریضان بلند میرود زبان اکثر پوشیده بوده و دهن بدبو است.

علایم موضـعی

تفتـیش

بطن انتفاخی نبوده ویا تنفس اشتراك دارد .

جس - با جس اکثراً تشخیص اپاندیسیت حاد وضع میگردد که در ابتداء باید حفرهء حرقفی چپ بعداً ناحیه شرصوفی و در اخیر حفره حرقفی راست جس ثود و با جس سه پایه اپاندیسیت حاد (Triade der Dieulafoy) پالیده شود که عبارت از - درد موضعی بطن، تقلصیت موضعی و فرط حساسیت جلدی :

- درد موضعی - این درد در حفره حرقفی راست موجود بوده و اگر این ناحیه جس شود درد تشدید گردیده و وجه مریض در اثنای جس تغیر میکند. باید گفت که درد اعظمی در نقطه Mac Burney (هرگاه ثره با شوك حرقفی قدامی علوی وصل شود و خط مذکور به سه حصه مساوی تقسیم شود نقطه اتصال ثلث متوسط با ثلث وحشی نقطه Mac Burney است) ویا در نقطه Lanz (هرگاه شوك حرقفی قدامی علوی راست و چپ با هم وصل شود محل اتصال ثلث متوسط با ثلث وحشی طرف راست نقطه Lanz است) قراردارد.

- تقلصیت موضعی جدار بطن - اگر حفره حرقفی چپ جس شود ناحیه مذکور کاملاً نرم

بوده و کدام تقلصیت (Defence) عضلی موجود نمیباشد در حالیکه اگر حفره حرقفی راست جس شود تقلیصیت موضعی موجود بوده که علت آن عکس العمل پریتوانی ناحیه میباشد و این یگانه علام وصفی است که تشخیص اپاندیسیت حاد بالای آن استوار میباشد.

فرط حساسیت جلدی (Cutaneous Hyperesthesia)

این علامه اکثراً در شروع مرض مثبت بوده که اگر جلد این ناحیه با سو زن وخذه و یا ترجیحاً با دو انگشت بلند شود باعث تولید درد ویا نارامی شده در حالیکه نزد اشخاص نارمل درد ناك و نارام کننده ، نمی باشد.

معاینه مقعدی (Rectal examination) - نزد تمام مریضان مصاب درد قسمت های سفلی بطن معاینه مقعدی (Rectal touch) و معاینه مهبلی (V .touch) فراموش نشود و با معاینه هرگاه درد بطرف راست موجود باشد دلالت به ماوف شدن پریتوانی حوصلی در اثر حادثهء التهابی کرده و ممکن یگانه علامه در اپاندیسیت حوصلی باشد.

تست ها و علایم دیکر که در تشخیص اپاندیسینت حاد حایز اهمیت است عبارتند از :

۱ - Rovsing's sign - علامه است که هرگاه با جس عمیق فشار در حفر حرقفی چپ وارد شود باعـث تولیـد درد در حفره حرقفی راست میگردد و اینکه تولید درد از باعث توسع سیکوم در اثر گازات رانده شده از کولون چپ به سیکوم میباشد تائید نشده است . ممکن درد مذکور از باعث رانده شدن عروات الیوم بطرف راست و تصادم آن با محراق التهابی باشد.

۲ - Obturator sign (Cope's sign) - در حالیکه مریض بوضعیت اصطجاع ظهری قرار دارد قبض و تدور انسی ران راس ، در صورتیکه عضله Obturator internus به تماس نزدیك اپاندکس التهابی حوصلی قرارداشته باشد باعث تولید درد میگردد.

۳ - Psoas sign (Guinard's sign) - در حالیکه مریض بوضعیت جنبی چپ خوابیده است هرگاه طرف سفلی راست را از حالت قبض به حالت بسط آنی قرار دهیم در صورت تماس نزدیك اپندکس التهابی Retrocaecal یا حوصلی با عضله Psoas باعث تولید درد میگردد.

٤ - Blumberg's sign. یا Release sign : - هرگاه حفره حرقفی راست عمیقاً جس و دست بصورت آنی از روی جدار بطن دور گردد باعث تولید درد در حفره حرقفی راست میگردد. (خود Blumberg برای اجرای این تست حفره ، حرقفی چپ را جس کرده و در وصورتیکه باعث تولید درد در قسمت سفلی بطن میگردید تشخیص اپاندیسیت حاد را وضع مینمود.)

معاینات لابراتواری: معاینه خون بعد ارساعات ششم و هفتم مرض یك Leucocytosis متوسط را از ۱۰۰۰۰ - ۱۸۰۰۰ فی ملی متر مکعب با تزاید Polymorphonuclear نشان میدهد که بلند بودن لوکوسیت ها در اپاندیسیت حاد تشخیص را تائید نموده اما نارمل بودن آن به هیچوجه تشخیص را رد کرده نمیتواند.

معاینه ادرار نزد مریضان اپاندیسیت حاد نارمل بوده به استثنای وقایع که اپاندکس التهابی به تماس نزدیك حـ ب ویا مثانه باشد که درینصورت ممکن کریوات سفید ویا حتی سرخ در ادرار دیده شود.

- رادیوگرافی بطن در تشخیص کمك نکرده لاکن غرض تشخیص تفریقی مرض از امراض دیگر و تشخیص اختلاطات اپاندیسیت توصیه شده میتواند.

در صورتیکه اپاندکس تثقب کرده و پریتونیت عمومی را سبب شده باشد در اینصورت بر اعراض اپاندیسیت اعراض و علایم پریتونیت حاد منتشر نیز اضافه شده و درد در تمام بطن منتشر میگردد با تفتیش وجه تغیر کرده و بطن با تنفس اشتراك ندارد با جس تمام عضلات جدار بطن سخت و متقلص بوده نقطه اعظمی درد هنوز در حفره حرقفی راست قرار دارد و با جس مقعدی جوف دوگلاس حساس و پر میباشد.

تشخیص تفریقی

اپاندیسیت حاد میتواند با یك تعداد امراض دیگر شباهت نشان دهد بر عکس امکان دارد امراض مختلف دیگر در شروع اشتباهاً بنام اپاندیسیت تشخیص شود. تشخیص اپاندیسیت بنا بر دو دلیل یکی توضع مختلف اپاندکس و دیگر اسباب مختلف پروسه التهابی مشکل بوده و بخاطر باشد که صرف ۵۰ ٪ اپاندیسیت حاد با درد مرکزی بطن که بعداً در حفره،

حرقفی راست توضع مینماید مترافق میباشد. و در وقایع که تشخیص مرض مشکوك باشد بهتر است مریض برای یك مدت کوتاه تحت مشاهده قرارداده شود و درطول این مدت معاینات مریض جهت رسیدن به تشخیص تکرار گردد.

- در تشخیص تفریقی اپاندیسیت حاد باید اسباب درد های بطنی که میتواند منشه خارج بطنی ، خلف پریتوانی و داخل پریتوانی داشته باشد قرار ذیل در نظر داشت:

۱ - اسباب خارج بطنی -

- آفات صدری مانند Pneumonia و pleurisy طرف راست که باعث درد های بطنی بالخصوص در اطفال شده میتواند.

- آفات C. N. S. مانند Collapse فقره ۱۱ و ۱۲ ظهری از باعث توبرکلوز ویا تومور و Herpes zoster که جذور خلفی اعصاب را مصاب میسازد میتواند با التهاب اپاندکس مغالطه شود.

- آفات کانال مغبنی مانند تدور خصیه و فتق مغبنی راست که باعث درد در حفره حرقفی راست شده میتواند.

- آفات طبی مانند Crises بطنی Porphyria مرض Sickle cell و مرض دیابیت بخاطرباشد.

۲ - اسباب خلف پریتوانی-

آفات کلیوی مانند: Pyelonephritis طرف راست.

آفات حالب: مانند کولیك حالبی طرف راست.

آفات مثانه و ملحقات آن مانند: Acute cystitis و یا التهاب حویصلات منوی.

- ابسیه پسواس به تعقیب osteomyclitis فقرات.

۳ - اسباب داخل پریتوانی -

- تثقب قرحه پیپتیك که میتواند ازباعث پائین آمدن محتوی معده از طریق جنب کولون راست باعث درد حفره حرقفی راست شود.

- Cholecystitis مخصوصاً در اشخاص مسن با اپاندیسیت مغالطه شده میتواند .

- آفت الیوم مانند التهاب حاد الیوم نهایی نزد مصابین مرض کرون، التهاب رتج میکل.

اندوتوکسیك و یا احتشای قلبی موجود می باشد.این قرحات بعد از ترضیضات قحفی (Cushing ulcer) ویا عملیاتهای جراحی عصبی نیز بعضاً مشاهده شده لاکن اینها stress ulcer حقیقی نبوده زیرا از نظر فزیولوژیك در این حالت افراز گاسترین و اسید معدوی هر دو افزایش می یابد.

بعد از سوختگی های وسیع (اضافه تر از ۳۵٪ سطح بدن) دو نوع قرحه مشاهده می شود (Curlling,s ulecr) - در ظرف ٤٨ ساعت اول ممکن erosion های متعدد حاد در نواحی مختلف غور و جسم معده مشاهده شود (در ١٤٪ وقایع) و ناحیه انتروم و اثناعشر مصاب این نوع قرحات نمی گردد که اینها stress ulcer حقیقی فکر می شوند سپس در اثنای دوره نقاهت مرض ممکن قرحات حاد اثناعشر (در ۹٪ وقایع) که بعضاً بطرف مزمن شدن سیر می نماید بوجود آید که اینها ممکن stress ulcer نباشند.

از نقطه نظر ایتولوژی علت این نوع قرحات ممکن اسکیمی غشای مخاطی از باعث تغیر جریان وعایی مترافق با تشکل علقات بداخل اوعیه و علاوتاً تشکل قرحات از باعث باز گشت محتوی اثناعشر بداخل معده باشد.

در این حالت افرازات غشای مخاطی زیاد شده و حجرات ابیتیلیل سطحی تفلس می نماید که این همه زمینه را برای تشکل قرحات مساعد می سازد مریضانیکه تحت تداوی ستروئید قرار دارند نیز آفات مشابه تولید کرده که بعضاً به حیث قرحات ستروئید ارتباط داده می شوند.

قرحهء مزمن اثناعشر

٨٠ ٪ قرحات پیپتیك مزمن در اثناعشر مشاهده شده این قرحات در هر سن و سال بوجود آمده لاکن زیاد تر در سن ۳۰ - ٤٠ سالگی مشاهده می شود ٨٠٪ قرحات مزمن اثناعشر در مرد ها دیده شده وخانم ها قبل از menopause بالخصوص در زمان حاملگی مقابل این قرحات معافیت نسبی دارند.

ایتـــــولوژی

اکثر این مریضان فرط افراز اسید معدوی داشته و تعداد حجرات parietal شان نظر به

- توبرکلوز و تغلف سیکوم ، Actinomycosis و کارسینوما ، تقرح و Diverticulitis سیکوم

- اعضاء حوصلی - Salpingitis ، حمل خارج رحمی ، تمزق فولیکول مبیضی و تدور کسیت مبیضی

- Adenitis مساریقی- Nonspicific Mesentric Adenitis که دراطفال معمول بوده و اکثراً مترافق با التهاب عقدات لنفاوی رقبی ، ابطی ومغبنی میباشد.

از تشخیص تفریقی اپاندسیت حاد با یك تعداد امراض زیاد به این نتیجه میرسیم که عرض جلوگیری ازاشتباه درتشخیص اپاندیسیت حاد باید استجواب درمورد تاریخچه عادت ماهوار، امراض قلبی، اعراض صدری ومعاینه مکمل صدر، بطن، حوصله، وطرق بولی صورت بگیرد. و اگر با وجود ان تشخیص مشکوك باشد باید Appendicectomy اجراء شود.

تداوی اپاندیسیت حاد

قبل از اینکه تداوی مرض مطالعه شود باید سه نکته ذیل مد نظر باشد:

۱ - دربعضی وقایع اعراض سریری با آفات تشریحی (آفات که در حذای اپاندکس بوجودمیاید) مترافق سیر نکرده و واقعات تصادف میگردد که اعراض سریری از قبیل درد و غیره کم بوده در حالیکه اپاندکس به ایك التهاب شدید و نزدیك تثقب قرارداشته میباشد . که چنین وقایع زیاد تر نزد اشخاص لاغر و مسن مشاهده شده ، بر خلاف یك التهاب بسیار عادی باعث درد های شدید شده میتواند.

۲ - باید بخاطرباشد که در درد های بطنی مخصوصاً درد حفرهء حرقفی راست قبل از تشخیص مکمل و قطعی ادویه ضد درد داده نشود زیرا انالجیزیك ها اعراض سریری را از بین برده در حالیکه آفت بطنی پیش میرود.

۳ - بهتر است وقتی مرض تشخیص گردید در همان ۲٤ ساعت اول عملیات شود زیرا عملیات مقدم خطر کمتر دارد.

تداوی اپاندیسیت حاد عبارت از Appendecectomy میباشد لاکن در چهار حالت ذیل میتوانیم عملیات عاجل جراحی را به تعویق انداخت:

۱ - در حالاتیکه مریض نسبت لوحه پریتونیت پیشرفته وضع وخیم داشته و درشرف مرگ باشد که در چنین وقایع برای بهبود وضع عمومی مریض تداوی محافظه کارانه را از قبیل تخلیه معده و امعاء رقیقه به کمك سند انفی معدی ، تطبیق مایعات از طریق وریدی ، نقل الدم و زرق انتی بیوتیك را شروع نموده تا وضع مریض بهتر و تحمل عملیات را پیدا نماید.

۲ - هرگاه حمله اپاندیسیت قبلاً رشف شده باشد که در چنین وقایع اپاندیکتومی انتخابی در ماه های آینده جهت جلوگیری از نکس مرض توصیه میشود.

۳ - هرگاه اجرای عمل جراحی بسیار مشکل و یا امکان ناپذیر باشد (سفر دریایی) در چنین وقایع کوشش شود تادر صورت امکان با تداوی محافظه کارانه توسط انالجیزیك ها انتی بیوتیك ها و مایعات داخل وریدی عکس العمل التهابی رشف ویا ابسه موضعی به وجود آید.

٤ - هرگاه Appendix Mass بدون علایم پریتونیت عمومی موجود باشد . در وقایع که مریض قبل از ٤٨ ساعت مراجعه کرده باشد بطن توسط شق کلاسیك Mac Burney باز شده طوریکه بعد از شق جلد ، تحت الجلد ، صفاق ، عضله منحرفه کبیره شق شده و بعداز دور نمودن الیاف عضله منحرفه صغیره و مستعرض، پریتوان شق و سیکوم به میدان کشیده میشود. اولاء اوعیه میزواپاندکس بسته شده و بعداً اپانکس از حذای قاعدهء آن لیگاتور و قطع شده ، و ذریعه خیاطه های Purse string در سیکوم غرس میگردد و شق عملیاتی دوباره پلان به پلان ترمیم میشود.

اختلاطات بعد از عملیات

بعد از عملیات اپاندیکتومی نیز مانند سایر عملیات های بطنی اختلاطات معمول مشاهده شده که مهمترین آنها عبارت اند از Pneumonia ، Atelectasis ، انتانات جرحوی و ترومبوز اورده عمیق اطراف سفلی .

اختلاطات بالخاصه عملیات اپاندیکتومی عبارت است از:

۱ - تشکل ابسه : با وجود برداشتن اپاندکس نسبت باقی ماندن انتان در پریتوان تب بعداز عملیات معمول بوده لاکن هرگاه تب بیشتر از چند روز ادامه یابد دلالت به تشکل ابسه در جرحه عملیاتی و یا در پریتوان کرده وموجودیت تب نوسانی تشخیص را واضح میسازد در

این حالت باید جرحه عملیاتی و بطن معاینه شود و معاینه مقعدی صورت گیرد که ممکن اذیما، ارتشاح و یك کتله مغموج در قدام رکتم جس شود این همه دلالت به ابسه حوصلی گرده و برای دریافت ابسه تحت حجاب حاجزی رادیوگرافی صدر اجرا شود تداوی ابسه های مذکور درنیاژ انها توسط مداخله جراحی بوده و تا زمانیکه نبض، درجه حرارت و لوکوسیت ها نارمل نگردد مریض ا زشفاخانه رخصت نشود.

۲ - انسداد فلجی بعد ازعملیات: این اختلاط نیز به تعقیب عملیات اپاندیکتومی خصوصاً در وقایع پریتونیت حاد منتشر و یا باقیماندن کدام محراق انتانی به تعقیب عملیات اپاندکتومی مانند سایر عملیاتهای بطنی مشاهده شده و تداوی آن در مبحث مربوطه ذکرشده است.

۳ - Portal pyaemia و ابسه کبدی - یك اختلاط نادر بوده که به شکل Thrombophlebitis اورده درنیاژ کننده اپاندکس التهابی شروع شده وترومبوز منتن به آورده بزرگ و از آنجابه کبد انتقال و باعث تشکل ابسه های متعدد کبد میگردد اختلاط مذکور وضع مریض را خراب ساخته باعث تولید یرقان ، تب بلند و لرزه نزد آن میگردد که قبلاً کشنده بوده لاکن با بوجود آمدن انتی بیوتیك ها وفیات تنقیص یافته است

٤ - فیستول غایطی (Faecal fistula) - بعضاً بین Stump اپاندکس و جرحه عملیاتی جدار بطن فیستول غایطی به وجود میاید و در صورت که غشای مخاطی سیکوم مجرا فیستول را فرش نکرده باشد فیستول مذکور تدریجاً بسته و بصورت بنفسه شفایاب میگردد . در غیر ان باید توسط مداخله جراحی ترمیم گردد تشکل فیستول میتواند با مرض کرون ، Actinomycosis ،کارسینوماء سیکوم ویا با اجسام اجنبی از قبیل Faecalith که مانع ترمیم میگردد مترافق باشد.

۵ - انسداد از باعث التصاقات (Adhesive obstruction) - این اختلاط ممکن ماه ها و سالها بعد از عملیات اولی مشاهده شود و در لپراتومی های دیگر نسبت به شق Grid iron در نقطه Mac Burney زیاد مشاهده میشود و تداوی آن درمبحث مربوطه ذکرشده است.

Plastron appendiculaire یا Appendix mass

طوریکه قبلاً گفته شد هرگاه مایع التهابی محیط اپاندکس رشف گردد در این صورت اپاندکس توسط اعضاء مجاور خویش یعنی سیکوم، امعاء رقیقه ، ثرب کبیر ، و پریتوان جداری احاطه شده و یك کتله را در حفره حرقفی راست میسازد که بنام Appen-dix mass ویا Pastron appendiculaire یاد میشود این کتله عادتاً ٤-٥ روز بعد ازدرد به وجود آمده و با تشکل آن درد نسبت به روزهای اول تنقیص یافته و دلبدی و استفراغ متوقف می گردد و با جس در حالیکه سایر نواحی بطن نرم است یك کتله دردناك سخت به جسامت یك سیب در حفره حرقفی راست دریاقت میگردد و با اصغاء آواز های معایی شنیده میشود.

سیر Appendix mass متحول بوده ومعمولاً دو سیر ذیل را اختیار مینماید:

۱ - در ۸۰ ٪ وقایع کتله مذکور تدریجاً رشف شده و در ظرف چند روز غایب میگردد.

۲ - یا اینکه Appendix Mass بطرف تقیح سیر نموده وباعث تشکل آبسه اپاندیکولیر میگردد. که ایجاب شق و دریناژ را مینماید و اگر شق نشوذ میتواند در جلد، احشاء مجوف (سیکوم، امعاء رقیقه و رکتم) و جوف پریتوان باز شود. و باعث پریتونیت حاد منتشر گردد.

تـــــــداوی

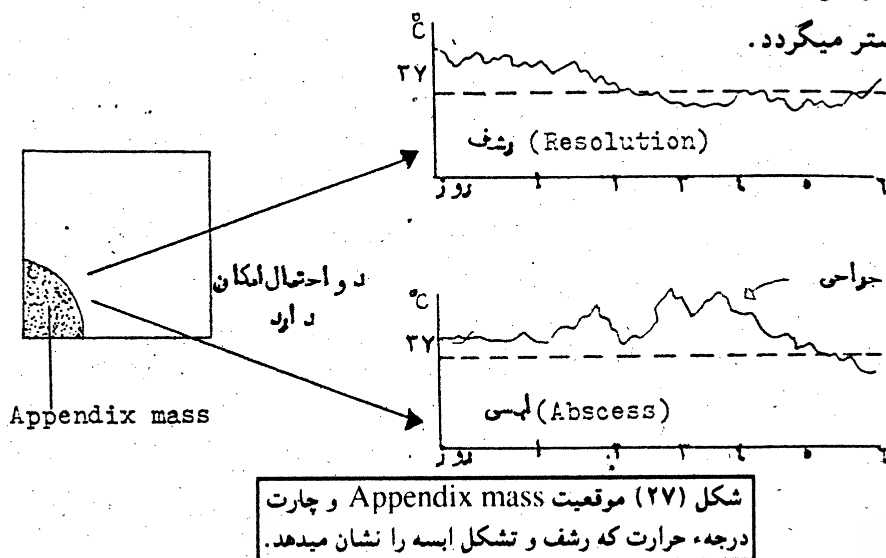
در صورت تشخیص Appendix mass و خوب بودن وضع عمومی مریض عملیات جراحی توصیه نشده بلکه مریض باید تداوی طبی شود که این تداوی عبارت اند از:

۱ - استراحت بستر (بوضعیت نیم نشسته).
۲ - تطبیق مایعات از طریق فمی ویا وریدي.
۳ - تعین تعداد نبض (حد اقل در هر چهار ساعت) ودرجهء حرارت روز دو مرتبه.
٤ - جس کتله همه روزه و تعیین حدود آن روی جدار بطن.
٥ - معاینه Leucocyte ها.

۶ - Chemotherapy - باید گفت که استعمال انتی بیوتیک های وسیع التأثیر و Metronidazol در رشف حادثه التـــهابی کمك کرده درحالیکه ابسه اپاندیکولیر را ازبین برده نمیتواند.

هرگاه با این تداوی حجم کتله کوچك و تعداد نبض، لوکوسیت ها و درجهء حـرارت نارمل رفت در اینصورت ۲-۳ هفته بعد زمانیکه کتله کاملاً رشف گردید مریض از شفاخانه رخصت و ۳ - ۶ ماه بعد دوباره جهت اجراء اپاندیکتومی داخل بستر میگردد.

برخلاف هر گاه کتله بطرف تقیح و ابسه سیر نمود یعنی کتله محجم ، دردناك و متموج گردید و تعداد لوکوسیت ها ، نبض و درجهء حرارت بلند رفت در این صورت یك شق بالای ابسه مذکور وحشی تر ازنقطه Mac Burney اجراء وقیح مذکورتخلیه ودریناژ میگردد. در صورت آشکار بودن عروه اپاندکس Appendicectomy اجراء و درغیر آن برای دریافت عروه اپاندکس کوشش نشود زیرا دریافت عروه اپاندکس در چنین وقایع مشکل بوده و جستجوی آن میتواند پریتونیت موضعی را به پریتونیت عمومی تبدیل سازد. که بعد از بهبودی جرحه مریض از شفاخانه رخصت و۳-۶ماه بعد جهت عملیات Appendicectomy دوباره داخل بستر میگردد.



شکل (۲۷) موقعیت Appendix mass و چارت درجهء حرارت که رشف و تشکل ابسه را نشان میدهد.

تشخیص تفریقی Appendix mass

Appendix mass با کتلات ذیل حفره حرقفی راست تشخیص تفریقی شود:

۱ - کانسر سیکوم - که در اینجا تاریخچه طولانی مرض ، تشوش ترانزیت معمولاً به شکل اسهال ، موجودیت خون در مواد غایطه ، انیمی و رادیوگرافی با باریوم در تشخیص تفریقی کمك میکند.

۲ - مرض کرون -که در اینجا نیز اسهالات ، ضایع وزن ، موجودیت کتله نزدیك خط متوسط بطن ، خون در مواد غایطه ، Sedementation بلند خصوصاً در اشخاص کاهل و جوان و بالاخره اجراء رادیو گرافی امعاء رقیقه با باریوم در تشخیص کمك میکند.

۳ - توبرکلوز الیوسیکل.

٤ - ابسه Psoas.

۵ - کلیه حوصلی.

٦ - حویصل صفراء متوسع که تا حفره حرقفی راست رسیده باشد.

۷ - کتله مبیضی.

۸ - انوریزم شریان حرقفی مشترك ویا Iliac externe

۹ - تومور های خلف پریتوانی که از اقسام رخوه ، عقدات لنفاوی ، جدار خلفی و بطن ویا از حوصله منشه گرفته باشد:

اپاندیسیت نزد خانم های حامله

در دوران حاملگی شیوع وقوعات اپاندیسیت حاد مانند سایر اشخاص بوده لاکن نزد خانم های حامله فیصدی Mortality و Morbidity مرض بلند است که علت آن شباهت نزدیك اعراض و علایم اپاندیسیت حاد با اعراض و علایم زمان حمل بوده و در نتیجه تشخیص مقدم را مشکل میسازد . در این حالت اپاندکس توسط رحم محمول به علوی و وحشی رانده شده، بناءً درد و حساسیت نیز نظریه حالت معمول علوی تر احساس شده و مرض با Pyelitis استفراغات زمان حمل ، Red degeneration of fibroid و تدور کیست مبیض تشخیص تفریقی شود. باید گفت که نزد خانم های حامله خطر سقط جنین مخصوصاً در Trimester اول زیاد میباشد.

اپاندیسبت حاد نزد اطفال

اپاندیسیت حاد نزد اطفال پائین تر از دوسال نسبت وسیع بودن لومن اپاندکس نادر بوده لاکن با وجود آن واقعات اپاندیسیت در اطفال چند روزه و حتی Premature راپور داده شده است.

مرض نزد اطفال و شیر خواران نسبت به کاهلان از باعث فیصدی بلند تثقب که در نتیجه Mortality و Morbedity را زیاد میسازد وخامت بیشتر دارد

نزد اطفال لوحه کلنیکی اپاندیسیت کمتر و صفی بوده و تب بلند و استفراغات متکرر میباشد . همچنان طفل تاریخچه مریضی را حکایه نتوانسته ونسبت وقوعات کمتر مرض نزد اطفال طبیب نیز به این مرض زیاد متوجه نبوده بناءً تشخیص مرض مانند-کاهلان به خوبی صورت نمیگیرد.

سیر و ارتقای اپاندیسیت در ا طفال نظر به کاهلان سریع تر بوده و باعث گانگرین و تثقب اپاندکس بصورت مقدم میگردد. چنانچه در ۱۵ - ۵۰ فیصد وقایع تثقب راپور داده شده است در حالیکه در اطفال قبل از مکتب این فیصدی هنوز بلند بوده و به ۵۰ - ۸۰ فیصد میرسد. که علت آن زیاد بودن واقعات امراض معدی معائی مراجعه موخر والدین نزد طبیب و تطبیق مسهلات در قبضیت و تشوشات بطنی نزد اطفال می باشد.

چون اطفال دارای ثرب کبیر کوچك و کمتر انکشاف یافته اند و از طرفی سیر اپاندیسیت نزد آنها سریع و فاصله بین شروع مرض و تثقب اپاندکس کوتاه میباشد بناءً آفت نادراً تهدید شده و در نتیجه تثقب اپاندکس گانگرینوز اکثراً باعث پریتونیت منتشر و ابسه های سایر نواحی بطن میگردد.

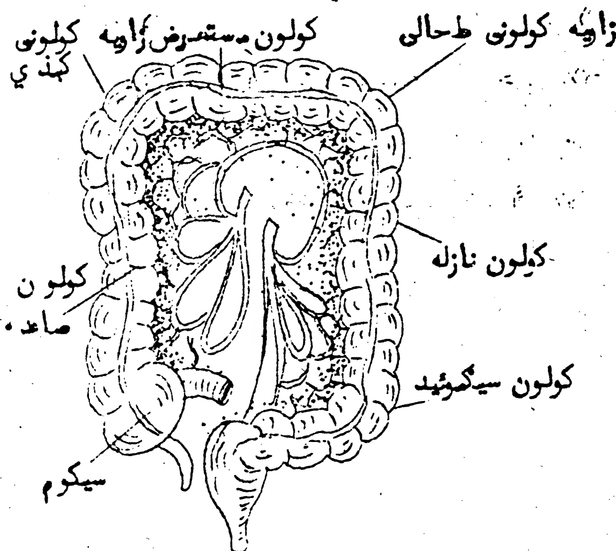
فصل پنجم

کولون

اناتومی جراحی: کولون از نظر سریری بدو قسمت یعنی کولون راست و چپ تقسیم شده که کولون راست متشکل ازسیکوم ، کولون صاعده، زاویه کولوني کبدی، (۲بر۳) قسمت Proximal کولون مستـــعرض بـوده و توسـط شعبـــات شـــریان مساریق علوIleocolic mid colic و right Colic ارواء میگردد اعصاب اتونومیك و اوعیه لنفاوی آن سیر شریان را تعقیب مینماید .

کولون چپ که متشکل از۱/۳ distal کولون مستعرض،زاویه کولونی طحالی،کولون نازله وکولون سیگموئید میباشد توسط شریان مساریقی سفلی ارواء شده اعصاب و اوعیه لنفاوی ان به امتداد شریان قرار دارد.

باید گفت که سیکوم ، زاویه کولونی کبدی و طحالی نسبت داشتن مساریقه کوتاه با جدار خلفی بطن التصاق داشته در حالیکه کولون مستبعرض و سیگموئید اکثراً دارای مساریقه طویل بوده بناً موقعیت انها بداخل بطن تغیر مینماید.



شکل - «۲۸» اناتومی کولون

فزیــــــولوژی

مهم ترین وظیفه کولونها ذخیره موقتی مواد غایطه و جذب آب و الکترولایت میباشد. زمانیکه محتوی رقیق امعاء

رقیقه از طریق دسام الیوسیکل داخل کولونها گردید قوام مایع مذکور تدریجاء غلیظ تده و در ظرف (۱۸ – ٤۸) ساعت کولونها را عبور مینماید. میکانیزم که باعث عبور مواد مذکور از کولونها میگردد معلوم نبوده لاکن فکرمی شود که کولونها در هر ۲٤ ساعت ۱-۳ مرتبه در امتداد مسیر خویش شدیداً تقلص مینماید و باعث راندن محتوی ان به سفلی میگردد .

اعراض علایم امراض کولوني

الف – اعراض وعلایم غیر وصفی.

- بی اشتهائی .
- احساس عدم صحت مندی.
- ضیاع وزن .
- نفس تنگی از باعث کمخونی .

ب – اعراض وعلایم وصفی

۱ – درد بطنی – دو نوع درد بطن در امراض کولونی موجود میباشد یکی درد های کولیکی و دیگر درد های ثابت و دوامدار که درد های کولیکی از باعث تشنج شدید عضلات کولونی در مقابل تخریشات (توکسین ، باکتریهاو یا ادویه جات) و یا انسداد قسمت distal کولون (از باعث تدور و یا کارسینوماء) بوجود آمده و در ناحیه ماوفه کولون توضع دارد مثلاً تشنج کولون راست باعث درد های کولیکی قسمت موکزی بطن شده و در اطراف ثره توضع دارد رحالیکه تشنج کولون چپ باعث درد های کولیکی قسمت سفلی بطن یا فوق عانه میگردد.

درد های ثابت و دوامدار بطن از تظاهرات پریتونیت موضعی بوده و در ناحیه از بطن احساس میگردد که طبقه مصلی کولون به التهاب معروض شده است .

۲ – تغیرات ترانزیت معائی که به چهار شکل ذیل مشاهده میگردد :

- قبضیت .
- اسهال .
- ازدیاد گازات.
- تناوب قبضیت و اسهال .

در اثنای اخذ مشاهده از مریض باید راجع به هدف و مفهوم اسهال و قبضیت پرسان شود . ازدیاد گازات از بلع مقدار زیاد گاز بوده و در اینصورت باید از مریض راجع به اعراض امراض قسمت علوی جهاز هضمی از قبیل Hiatus hernia ، سنگ های صفراوی استجواب شود تناوب اسهال و قبضیت ممکن اعراض مقدم انسداد تحت الحاد کولونی باشد که علت قبضیت انسداد کولونی بوده و اسهال از باعث ازدیاد حرکات کولونی و رقیق شدن محتوی آن علوی تر از ناحیه انسدادی که عبور مواد مذکور را آسان میسازد بوجود میاید.

۳ - وصف مواد غایطه - راجع به شکل و فورم مواد غایطه که آیا نارمل است و یا شکل پنسل مانند را از باعث rigidity کولون اختیار نموده استجواب شود. مواد غایطه رقیق که در حالات اسهال مشاهده میشود میتواند به یك انسداد تحت الحاد نیز دلالت نماید رنگ مواد غایطه نیز میتواند تغیر نماید چنانچه در صورت melaena و یا تداوی با آهن از طریق فمی رنگ مواد غایطه سیاه رنگ شده و در صورت عدم کفایه پانکراس از باعث تشوش در جذب مواد شحمی مواد غایطه محجم خاسف و شحمی میگردد .

٤ - سیلانات مخاطی - تخریش غشای مخاطی کولون باعث فرط افراز مخاط نسبت موجودیت تعداد زیاد غدوات مخاطی در این طبقه شده و مخاط مذکور میتواند بصورت جدا و یا مخلوط با موا د غایطه اطراح شود و بدین ترتیب مریض از اسهالات و یا سیلانات مخاطی حکایه می نماید .

۵ - نزف - تظاهرات نزف کولونی مربوط به سرعت و مقدار ضیاع خون بوده و نزف مذکور میتواند مخفی و یا کتلوی باشد. و معمولاً برنگ سرخ ورشن و یا تغیر کرده و مخلوط با مواد غایطه اطراح میگردد.

معاینه و ارزیابی تشوشات کولونی

تشوشات کولونی را میتوان قرارذیل مطالعه و ارزیابی نمود:

۱ - گرفتن تاریخچه دقیق مریض به شمول حالت طبی قبلی و تداوی دوائی موجوده .

۲ - معاینه دقیق و عمومی بطن به شمول معاینه مقعدی .

۳ - سیـــگموئید و ســـکوپی - که توســـط rigid sigmoidoscope و یا

حالت طبیعی بیش تر می باشد و فکتور های ذیل در ایتو لوژی مرض رول دارند.

۱ - ارثیت و گروپ خون - ارثیت در تولید قرحات مزمن رول واضح داشته و مرض در اشخاص که گروب خون (O) دارند نظر به گروپ های دیگر سه مرتبه بیش تر مشاهده می شود و چنین فکر می شود که ممکن ژن های (ABO) باعث تغیر جسامت کتله حجرات جداری شوند.

۲ - تیوری عصبی - تنبه عصب واگوس باعث فرط حرکات و افراز معدوی شده و همچنان stress و اضطراب نیز میتواند از طریق عصب واگوس باعث قرحه اثناعشر شود.

۳ - عوامل فرعی - جویدن ناکافی غذا ، الکول ، غذا های غیر منظم، اعتیاد زیاد به سگرت و کمبود ویتامین ها بعضاً به حیث عامل سببی ذکر شده است و ثابت شده که سگرت باعث تاخیر التیام قرحه و نکس قرحات التیام یافته میگردد.

٤ - عوامل اندوکرین - تاثیرات حوادث روانی و علاوتاً stress فزیکی از طریق هورمونل از غده نخامیه به معده رسیده و تشوشات اندوکرینی مخصوص در قرحات وخیم و تعند کننده وجود داشته و اینها عبارتند از:

الف - Zollinger Ellison syndrome که یك تومور Non betacell پانکراسی بوده و باعث افراز گاسترین میگردد.

ب - Multiple adenoma syndrome - که در این حالت ادینوما در غده نخامیه ، فوق الکلیه ، پانکراس و غده پاراتایراید موجود می باشد.

ج - هایپر پاراتایرودیزم.

۵ - عوامل انتانی - Helicobacter pylori یك باکتری spirochaete می باشد که در قسمت تحتانی طبقه مخاطی اثناعشر وجود دارد این باکتری باعث تجزیه یوری و تولید امونیا شده و در نتیجه بلند رفتن موضعی PH باعث ماوف شدن حجرات اپیتیلیل و تقرح میگردد و با از بین بردن انتان مذکور توسط انتی بیوتیك metroniazole ویا نمك بسموت می توانیم تا حدی از نکس قرحات جلو گیری نمائیم.

Short flexible fibre- optic endoscopeصورت میگرد .

٤ - تستهای هیماتولوژیك و بیوشیمك- كه شامل تعین مقدار هیموگلوبین ، کریوات سفید خون، سویه آهن سیروم، iron binding capicity و درصورت لزوم فیصدی اشباع آن ، تست های وظیفوی کبد به شمول سیروم پروتین و در صورت لزوم معاینه میکروسکوپیك و کلچرمواد غایطه میباشد .

٥ - معاینه رادیولوژی - كه عبارت از air contrast barium enema می باشد.

٦ - كولونوسكوپی - در این معاینه به منظور تشخیص و تداوی از كولونوسكوپ های طویل كه الی سیكوم میرسد استفاده می شود .

٧ - مطالعات مخصوص ایزوتوپیك - از این معاینه بمنظور تشخیص در وقایع نزف های مخفی و مشكل استفاده می شود .

عملیات های معمول و مروج كولونی

عملیه Decompression

Caecostomy - عبارت از ایجاد یك فیستول بین سیكوم و جدار قدام بطن است

Loop colostomy - عبارت از ایجاد یك فیستول بین قسمتی از كولون و جدار قدامی بطن است . در حالیكه سائیر نواحی كولون دست ناخورده بحال خودش باقی میماند .

عملیه Defunctioning

- Loop colostomy

- End colostomy - عبارت از ایجاد یك فیستول بین كولون و جدار قدامی بطن بود كه نهایت distal ان دوخته شده و بداخل بطن رها شده و یا اینكه به قسم یك فیستول مخاطی به جدار بطن بیرون كشیده می شود .

- عملیه Hartmann's در این عملیه قسمت ماوفه كولون سیگموئید برداشته شده و كولون نازله به شكل end colostomy بجدار بطن بیرون و نهایت proximal ركتم بداخل بطن دوخته می شود .

- Resection یا برداشتن كولون - در این عملیه یك قسمت و یا تمام كولون برداشته

میشود.

- Colotomy عبارت از باز نمودن کولون به منظور تفتیش و یا برداشتن پولیپ و دوباره بسته نمودن کولون و قرار دادن ان بداخل بطن می باشد .

- R. Hemicolectomy - عبارت از برداشتن سیکوم ، کولون صاعده و یك قسمت کولون مستعرض و انستموز الیوم نهائی با کولون مستعرض می باشد .

- Transverse colectomy - عبارت ازا برداشتن کولون مستعرض و انستموز کولون صاعده با کولون نازله و یا اجراء end colostomy با یك فیستول مخاطی میباشد

- left Hemicolectomy - عبارت از برداشتن کولون طرف چپ است

- Sigmoid- colectomy - عبارت از برداشتن کولون سیگموئید میباشد .

- Anterior resection - عبارت از برداشتن یك قسمت و یا تمام کولون سیگموئید و یا قسمتی از رکتم و انستموز بین کولون و رکتم است. و در این عملیه بمنظور جلوگیری از لیکاژ ناحیه انستموتیك اکثراً proximal defunctioning colostomy نیز اجراء میگردد

- Total colectomy عبارت از برداشتن تمام کولون و انستموز الیوم با رکتم (Ilorectal anastomose) و یا اجراء Ileostomy نزد مریض میباشد .

- Pan proctocolectomy- عبارت از برداشتن تمام کولون با رکتم و کانال انال و اجراء الیوستومی دایمی نزد مریض می باشد .

- Abdomino - perineal- resection - عبارت از برداشتن یك قسمت از کولون سیگموئید رکتم وکانال انال با اجراء permanent end colostomy نزد مریض میباشد.

اماده ساختن امعاء برای عملیات های کولونی

هدف ازآماده ساختن امعاء برای مداخلات جراحی بالای کولون پاك ساختن کولونها از مواد غایطه وتنقیص انتانات کولون بوده که برای این منظور به مریض رژیم غذائی مایع و کم تفاله با اماله تخلیوی روز دومرتبه و مسهلات (Magnisium sulfate) توصیه شده و جهت تنقیص انتانات anaerobic و aerobic انتی بیوتیك ها ازقبیل میترونیدازول

نیوما یسین ، Phthalyl sulphathiazole ۲-۳ روز قبل از عملیات داده می شود. و یا اینکه قبل از عملیات metronidazole و gentamycin با ادویه premedication زرق میگردد.

همچنان شست و شو تمام امعاء با سیروم فزیولوژیك ایزوتونیك به سرعت ۲-٤ لیتر فی ساعت برای مدت ۳-٤ ساعت از طریق تیوب انفی معدی یك میتود خوب و موثر آماده ساختن کولونها درحالات غیر انسدادی برای مداخله جراحی میباشد.

بامیتود های فوق پاك سازی میخانیکی و دوائی میتوانیم کولونها را برای مدت ۳-۷ روز آماده عملیات سازیم، در این جا لازم به یاد آوری میدانم که میتود آماده ساختن امعاء برای مداخلات کولونی در سرویس جراحی شفاخانه علی اباد برای مدت هفت روز بوده که انیجانب نیز با در نظر داشت شرایط شفاخانه های کشور خویش و رژیم غذائی حاوی مقدار زیاد تفاله در ممالك اسیائی اماده ساختن آمعاء را در طول ۵-۷ روز ترجیح میدهم.

جدول - (٤)

میتود معمول اماده ساختن امعاء در ظرف ۳ روز

روز اول - مسهل قوی مانند مگنیزیم سلفیت ۳۰ گرام

- انتی بیوتیك انتخابی مانند میترونید ازول با نیومایسین بعد ازمسهل شروع گردد.
- رژیم غذائی مایع و یا کم تفاله.
- اماله تخلیوی روز دو مرتبه.

روز دوم - روش و تداوی روز اول به استثنای مسهل ادامه داده شود.

روز سوم - روش و تداوی به استثنای مسهل مانند روز اول بوده و علاوتاً به مریض ادویه مقبض مانند Tinture opium ویا Belladonal نیز توصیه میگردد.

کـــولـــوســـتومی
(COLOSTOMY)

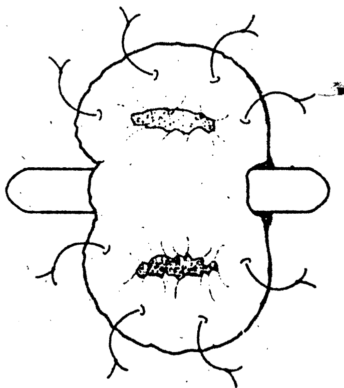
کولوستومی عبارت از یك فوهه مصنوعی است که در امعاء غلیظه جهت منحرف ساختن جریان مواد غایطه (وگاز) بطرف خارج ساخته می شود ومواد مذکور دربین یك خریطه التصاقی به جلد جمع آوری میگردد.

نظر به اینکه کولوستومی به چه منظور اجراء میگردد می تواند موقتی و یا دایمی باشد.

کولوستومی موقتی (TEMPORARY COLOSTOMY)

این نوع کولوستومی زیاد تر در وقایع انسداد کولون سیگموئید توسط کانسر و یا دیورتیکولیت جهت رفع لوحه انسدادی اجراء شده و استطبابات دیگران عبارت اند از فیستول های مثانی کولونی، محافظه انستموز کولو ریکتل به تعقیب ریزکشن قدامی، جلوگیری از تشکل پریتونیت غایطی به تعقیب جروحات ترضیضی کولون و یا رکتم و سهولت در تداوی عملیاتی فیستول های انوریکتل علوی.

کولوستومی موقتی بابیرون کشیدن یك عروه معائی روی سطح جلد(کولوستومی LOOP) در حالیکه توسط یك میله پلاستیکی و یا شیشه ای که از مساریته ان عبور و توسط ان تثبیت میگردد ساخته شده و بعد از مدت هفت روز که کولوستومی با جدار بطن التصاق صمیمی پیدا میکند میله مذکور کشیده می شود. در صورتیکه کولوستومی از باعث انسداد (و یا حالات عاجل دیگر) ساخته شود. درختم



شکل (۲۹) کولوستومی (LOOP) موقتی که بالای میله، شیشه ای باز شده است.

عملیات کولوستومی باز شده و حوافی ان با کنار های جلد بطن خیاطه گذاری می شود.

عروه کولون در صورتیکه دارای مساریقه طویل باشد به آسانی بجدار بطن کشید ه شده و زیاد تر (loop colostomy) کولون مستعرض اجراء شده و در صورت که آفت کولون چپ را اشغال کرده باشد جهت امکانات بهتر در عملیات بعدی تمام کولون چپ بحال خودش باقی مانده شده و کولوستومی در نصف راست کولون مستعرض اجراء میگردد و باید گفت که کولون سیگموئید نیز برای اجرای کولوستومی یك عروه مناسب میباشد.

به تعقیب تداوی جراحی آفت قسمت سفلی کولون که به منظور ان کولوستومی موقتی اجراشده کولوستومی دوباره بسته شده و این عمل بعد از ۲-۳ ماه زمانیکه کولوستومی کاملاً التیام یافت با اسانی و مصونیت اجراء شده میتواند و بخاطر باشد که در حال حاضر کولوستومی به طریق Intraperitoneal بسته و ترمیم شده و این طریقه نظر به طریقه ex-traperitoneal مصون تر بوده و چلیدن کوکها و تشکل فیستول های غایطی در ان کمتر مشاهده می شود.

Doubal-barrelled colostomy - در اینوع کولوستومی هر دو نهایت کولون در یك نقطه جدار بطن بیرون کشیده شده که امروز بطور نادر اجراء می شود لاکن بعضاء کولون قطع شد ه و هر دو نهایت آن بصورت جداگانه در دو ناحیه بیرون کشیده می شود. و این عمل باعث اســتراحت مطلق عروه distal کولون و رکتم میگردد که بنام کولوستـــومی Devine نیز یاد میگردد.

کولستومی دایمی (Permanent colostomy)

این نوع کولوستومی اکثرا بعد از برداشتن رکتم از طریق بطنی عجانی در وقایع کارسینومای رکتم اجراشده و نهایت سفلی کولون قطع شده در حفره حرقفی چپ بیرون کشده شده و توسط چند خیاطه با جلد تثبیت میگردد.

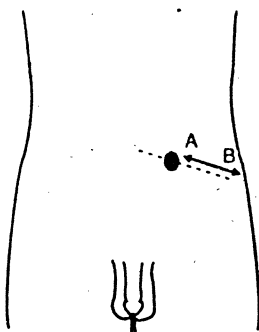
نقطه که دران کولون به جدار بطن بیرون کشیده میشود باید با دقت زیاد انتخاب شود تا خریطه کولوستومی بدون تماس با شوك حرقفی قدامی علوی تطبیق شده بتواند. شکل (۳۰).

نقطه مهم دیگر که بعد از اجرای کولوستومی باید مراعات شود عبارت از بسته نمودن

فاصله است که بین عروه کولون داخل بطن و پریتوان جداری حوصلی باقی میماند تا از ایجاد فتق داخلی و یا اختناق عروات معائی از طریق این فوهه جلوگیری شود ویا اینکه در خلف پریتوان برای کولوستومی یك مجرا ساخته شده تا از ایجاد این فوهه در وحشی جلوگیری شود

مراقبت و نگهداری از کولستومی

در چند هفته اول بعد از اجرای کولوستومی مواد غایطه به شکل نیمه مایع اطراح شده ولی تدریجاً مواد مذکور شکل جامد و نارمل را اختیار می نماید گرچه فوهه کولوستومی دارای کنترول معصروی نمی باشد ولی به گفته اکثر مریضان روزانه یکبار وآنهم بعد ازصرف غذای صبح مواد غایطه اطراع مینمایند و با تجویز مستحضراتی مانند Celevac که حجم مواد غایطه را زیاد و آنرا جامد می سازد می توان به مریض کمك زیاد کرد. مریضان باید از خوردن مقدار زیاد میوه جات و سبزیجات که ممکن باعث اسهال شود خود داری کنند و ایجاد خریطه های کولوستومی التصاقی که مانع عبور گاز و مایع میگردد به مریض اجازه میدهد تا بدون بوی و ریختن مواد به زندگی عادی خویش ادامه بدهد



شکل «۳۰» ناحیه معمول کولوستومی(end) دایمي در حفره حرقفي چپ
نوت: فاصله بین A و B باید حد اقل ۲.۵ سانتي مترباشد.

بعضی از جراحان شست و شو و تخلیه امعا را از طریق کولوستومی همه روزه توصیه کرده لاکن این عمل با وجود اینکه باعث ضیاع وقت می گردد خطر تثقب امعاء توسط تیوب اماله نیز میرود در حالیکه اکثر مریضان بدون این عمل نیز زندگی کم وبیش آرام با کولوستومی دارند.

اختلاطات کولوستومی

در هر کولوستومی ممکن اختلاطات ذیل مشاده شود. لاکن اختلاطات کولوستومی در صورت اجرای این عمل با تکتیك غلط زیاد معمول می باشد و عبارتند از :

۱ - Prolapse.

۲ - Retraction..

۳ - نکروز نهایت distal.

٤ - تضیق فوهه کولوستومی.

٥ - فتق ناحیه کولوستومي.

٦ - نزف (اکثراً از گرانولومای که در دورادور حوافی کولوستومي بوجود می آید)

۷ - اسهال کولوستومی (که اکثراً با enteritis انتانی بوده وبا میترونیدازول به مقدار ۲۰۰ ملی گرام روز دو مرتبه بزودی جواب میدهد).

اکثراً این اختلاطات ایجاب می نماید تا کولوستومی دو باره اصلاح شود و این عمل صرف زمانی به شکل درست اجرا شده میتواند که بطن دوباره باز شده و کولوستومی آزاد و در یك ناحیه جدید بیرون کشیده شود.

کولیـــــــت قرحوی
(Ulcerative colitis)

تعریف: کولیت قرحوی عبارت از مرضی است که با یك نوع التهاب غیر اختصاصی غشا مخاطی کولون و رکتم ، تقرحات و انزفه مخصوصاً در صفحه اول مرض متصف می باشد .

ایتـــــو لوژی

سبب این مرض نا معلوم بوده و با وجود تحقیقات وسیع باکترولوژیك کدام اورگانیزم سببی دریافت نشده و ممکن انتانات بصورت تالی در اشکال تقرحی مرض رول بازی نماید . همچنان فکر می شود که مرض با تشوشات روحی و امراض جنتیك غیر نارمل ارتباط دارد . در بعضی وقایع مرض در اثر الرژی بمقابل پروتین شیر بوجود آمده و بعضی فامیل ها تمایل به تولیدمرض در نسل های بعدی دارند . که در چنین موارد با جین های مربوطه به ارث برده شده ویا اینکه فکتور های محیطی نامعلوم در زمینه رول دارند باید گفت که درمیان نظریات متعددی که به حـــیث عامل سببی ذکر شده است عامل پسیکوسوماتیك و الرژی یا مرض autoimmune زیاد تر اعتبار کسب کرده است. شیوع مرض در جوامع غربی رو به ازدیاد بوده که این ازدیاد وقوع مرض به اسباب محیطی از باعث شرقی شدن مواد غذایی و یا عادت اجتماعی و امکانات بهتر تشخیصیه نسبت داده می شود.

پتـــــولوژی

مرض در ۹۵ ٪ وقایع ا زحذای رکتم شروع شده و بطرف علوی انتشار می نماید. کولون سیگموئید و رکتم اکثراً مصاب آفت شده اما مرض میتواند تمام کولون را اشغال نماید

در ابتداء مرض مخاط کولون اذیمایی بوده که با تماس خون داده و روی آن نزف به شکل petechia (petechial hemorrhage) مشاهده میشود. که بعداً باعث تقرح شده این قرحات سطحی و غیر منظم می باشند ودر بین قرحات مخاط امعاء شدیداً اذیمائی بوده و باعث ایجاد پولیپ کاذب (pseudopolyp)میگردد. جدار امعاد از باعث أذیماء فیبروز سخت و

rigid شده و Haustration نارمل خویش را از دست میدهد. نکته قابل توجه این است که کولون التهابی به احشاء مجاور خویش التصاق نمی نماید.

از نظر هستولوژی یا میکروسکوپیك محل اصلی آفت در کولیت قرحوی طبقه مخاطی است و ابسه های کوچك در حذای کرپت ها ی مخاط (Crypt abscess) بوجود آمده که بداخل لومن کولون باز شده و باعث تشکل قرحه میگرددو قاعده آن توسط نسج گرانولیشن فرش شده است. در جدار کولون ارتشاح حجرات Polymorphs و مدور مشاهده شده و اذیماء با فیبروز تحت المخاطی موجود است. درنوع مزمن مرض و در موارد که مرض سیر خویش را تکمیل وخاموش شده باشد مخاط کولون هموار و اتروپیك بوده و جدار آن نازك می باشد.

تظاهرات سریری

خانم ها نظر به مرد ها بیش تر مصاب مرض شده و شروع مرض دهه دوم ، سوم و چهارم حیات (سن ۲۰ - ٤۰ سالگی) می باشد مرض در سن طفولیت استثناءً مشاهده شده و اولین عرض مرض اسهال آبگین میباشد که در یك شخص قبلاً نارمل از نظر ترانزیت در اثنای روز و شب مشاهده می شود. سیلانات مخاطی و بعضاً قیحی و مخاطی خون آلود نیز از طریق رکتم معمول بوده و درد در مراحل مقدم مرض اکثراً مشاهده نمی شود. مرض در اکثر وقایع شکل مزمن را داشته و متصف با صفحات نکس و شفایابی می باشد و عوامل ذیل دلالت به انذار خراب مرض مینماید.

۱ - شدید بودن حمله ابتدائی مرض.

۲ - اشغال تمام کولون توسط آفت.

۳ - ازدیاد سن مخصوصاً بیشتراز ٦۰ سال .

منحصر بودن آفت به کولون چپ انذار بهتر را نشان میدهد . کولیت قرحوی ازنظر سریری به اشکال ذیل مشاهده میشود:

۱ - Limited colitis - در این شکل آفت منحصر به رکتم و قسمت سفلی کولون بوده و از نظر پتولوژی با اشکال که تمام کولون و رکتم را اشغال می نماید تفاوت ندارد. این

شکل مرض کم تر به کانسر تحول کرده و در ۵ - ۱۰ فیصد وقایع قسمت باقی مانده کولون توسط مرض اشغال میگردد.

۲ - Total colitis - عبارت از التهاب تمام کولون بوده و اصطلاح کولیت قرحوی نیز باید به همین شکل مرض داده شود . Total colitis دارای اختلاطات فوق العاده زیاد بوده و با گذشت ده سال از این مرض خطر تحول کانسر نیز زیاد میگردد. وصف کلینکی مرض عبارت از حملات شدیدمتکرر بااسهال خونی (تا ۲۰ مرتبه در روز) و ضیاع آب و الکترولایت ها در اثنای حمله مرض می باشد . کم خونی و هیپوپروتینمیی نیز مشاهده شده و در چنین وقایع اکثراً Total colectomy توصیه میشود.

۳ - Fulminating Type این شکل مرض با تب ۹ .۳۸ - ٤، ۳۹ - درجه سانتی گرید ، اسهالات پی در پی که حاوی خون ، مخاط و قیح می باشد وصفی بوده و شخص بسیار مریض معلوم میشود ممکن انتفاخ بطن از باعث توسع توکسیك کولون که توسط رادیو گرافی ساده بطن تائید میگردد نزد مریض موجود باشد که ایجاب عملیات عاجل جراحی را می نماید. این شکل مرض باید با Dysentry ، محرقه و کولیت امیبی تشخیص تفریقی شود در این مرض سویه البومین سیروم نیز نظربه شدت حمله آفت پائین آمده که در مورد تصمیم عملیات جراحی کمك مینماید.

٤ - شکل مزمن - در این شکل مرض حمله اول معمولاً شدت متوسط داشته لاکن بعداً مرض شکل یك مریضی دوامدار خفیف را اختیار می نماید . خرابی وضع عمومی و دفعات فعل تغوط مربوط به وسعت افت کولونی بوده و افت در وقایع خفیف اکثراً محدود به یك قطعه کولون میباشد و در بعضی وقایع کاملاً منحصربه نصف کولون بوده و در صورت که تمام کولون اشغال شده باشد خطر استحاله ان به کانسر زیاد است .

معاینات خصوصی و متممه :

۱ - رادیوگرافی - با اجراء Barium enema در کولیت قرحوی یکی از حالات ذیل مشاهده می شود:

۱ - از بین رفتن Haustration (مخصوصاً در کولون distal) که از علایم مقدم

وقوع مرض

قرحه اثناعشر قبل از سن ۱٦ سالگی نادر بوده و وقوعات آن در سنین متوسط زیاد شده و در کشور انگلستان تقریباً ۱۰ ٪ مردان که سن بین ٤٥ - ٥٤ سال دارند مصاب مرض می باشند. در مرد ها وقوعات قرحه اثناعشر باالخصوص از سال ۱۹٥۰ به اینطرف رو به کاهش بوده و وقوعات آن در مرد و زن در سال ۱۹۹۰، ۱:۲ می باشد. شغل در وقوع مرض کمتر رول داشته با وجود آنهم وقوعات زیاد مرض در میان طبقه حاکم و مدیران موسسات مشاهده شده در حالیکه در میان کارگران زراعت کمتر دیده می شود. مرض مانند کشور انگلستان در سایر نواحی جهان نیز شیوع داشته لاکن در مردمان آسیا و افریقا نسبتاً کم تر مشاهده می شود.

پتولوژی

قرحات معدوی واثناعشری زیاد تر تمایل دارند درمخاط قلوی بوجود آیند ونواحی که درآن قرحات زیاد تر بوجود میاید در معده عبارت از انحنی صغیر معده علوی تر از ناحیه انتروم بوده در حالیکه در اثنا عشر قطعه اول یا بصله می باشد قرحات مزمن اثناعشر طبقه عضلی را نیز اشغال کرده وتمایل به نفوذ دراحشای مجاور دارد وزمانیکه قرحه معده و اثناعشر التیام یابند ناحیه توسط یك ندبه مخاطی پوشیده شده و قرحات نکس کننده باعث تشکل فیبروز و تضیق ناحیه شده و تضیق پیلور و Hourglass contracrure را بار می آورد.

قرحه اثناعشر اکثراً در وجه قدامی قطعه اول توضع داشته و بعضاً دو قرحه یکی در جدار قدامی و دومی در جدار خلفی در سه سانتی متر اول اثنا عشر موجود می باشد (Kissing ulcers) که قرحه قدامی می تواند تثقب نماید در حالیکه در قرحه خلفی خطر نزف از باعث تخریب اوعیه بزرگ ناحیه وجود دارد.

معاینه میکرسکوپیک

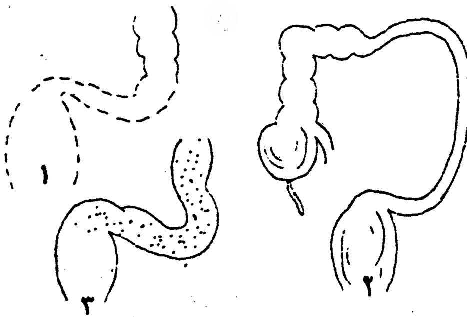
در این قرحات تخریبات طبقه عضلی نظر به مخاطی اکثراً زیاد بوده و قاعده قرحه توسط یك طبقه نازك نسج گرانولیشن پوشیده شده است. در شرائین مجاور آثار endarteritis

مرض می باشد .

۲ - Instant enema - که تغیرات غشای مخاطی (مخصوصاً قرحات) را در قطعه ماوفه کولون و رکتم در اکثر و قایع نشان میدهد .

۳ - تغیر وصف غشای مخاطی کولون مانند پولیپوز کاذب .

٤ - در واقعات مزمن که ممکن کـــولـــون متقلص و متضیق (Pipe stem) مشاهده شود.



(شکل ۳۱) منظره رادیوگرافیک کولیت قرحوی

۱- خیره شدن خیال رکتم و سیگموئید.

۲- متضیق شدن قسمت dtistal کـــولون و ازبین رفتن Haustration انها

۳- تشکل pseudopolyp

سیگموئید و سکوپی - در وقایع مقدم و خفیف کولیت قرحوی که هنوز تغیرات رادیولوژیك ظاهر نشده سیگموئید و سکوپی یك معاینه مهم و ضروری بوده و در این معاینه دریافت های ابتدائی مانند Proctitis بوده و عبارتند از احتقان مخاط، نزف در اثنای تماس با مخاط و اگزودات زیاد. سپس یکجا شدن قرحات کوچك با هم مشاهده شده این قرحات ازقرحات امیبیك که بزرگ و عمیق اند و در بین شان مخاط نسبتاً سالم وجود دارد کاملاً فرق دارند با پیشرفت مرض قرحات آنقدر زیاد و شدید میگردد که از نظر پراکتیك غشای مخاطی سالم باقی نمی ماند باید گفت که در اثنای مرحله صاعقوی (Fulmi nating) مرض از اجراء (Barium enema) خود داری شود .

بیوپسی رکتم نه تنها در وضع تشخیص کمك کرده بلکه رهنما خوب غرض ارزیابی نتایج تداوی و پیشرفت مرض می باشد .

اختلاطات کولونی

Pseudopolyposis - که در ٪ ۱۵ وقایع مشاهده شده است .

- کارسینوما - با وجود اینکه یك اختلاط مهم محسوب می شود مگر در صحت بودن ان باید دقت شود این اختلاط در ٪ ۵ . ۳ مریضان مشاهده شده که در اشکال مقدم مرض کم بوده و با طولانی شدن تاریخچه مرض زیاد میگردد و در صورت سپری شدن ۲۰ سال از مرض فیصدی اختلاط به ٪ ۱۲ میرسد . همچنان در صورت مصاب شدن تمام کولون و شروع مرض درد دوره مقدم حیات احتمال تحول به کانسر زیاد بوده و باید گفت که تحول به کانسر غیر وصفی بوده و دفعتاً در چند ناحیه مشاهده میگردد این اختلاط در کولونها نظر به رکتم زیاد مشاهده شده و اکثراً در دهه چهارم حیات به وقوع میرسد . قانون Golden در این مرض چنین حکم می نماید که هرگاه تاریخچه مرض نزد یك مریض بیشتر از ده سال موجود باشد باید با وجود خاموش بودن مرض ، مریض از نظر رادیولوژی و کولونوسکوپی به صورت منظم معاینه گردد و هر گاه در بیوپسی رکتم dysplasia شدید اپیتیلیل موجود باشد دلالت به حادثه Premalig nant کرده بناء از تمام وقایع Total colitis که دارای تاریخچه طولانی اند باید سالانه لا اقل یکبار بیوپسی به منظور تشخیص تحول مرض به خباثت اجراء گردد و این روش در صورت حفظ stump رکتم نیز باید مراعات گردد.

- **تضیق لیفی** - این اختلاط در ٪ ٦ وقایع مشاهده شده و محل معمول ان recto-sigmoid junction و کانال انال می باشد که در صورت توضع تضیق در قسمت سفلی کولون میتوان انرا با توسع ساده تداوی کرد لاکن در صورت ماوف بودن تمام کولون عملیات جراحی توصیه می شود .

- **توسع توکسیك کولون** - (٪ ۵ . ۱) این اختلاط در شکل صاعقوی مرض مشاهده شده و می تواند باعث تثقب کولون شود وممکن تداوی زیاد با ستروئید ها یکی از عوامل ان باشد و هر دو حالت فوق ایجاب‌تداوی عاجل جراحی را کرده در غیران باعث مرگ میگردد

- **نزف کتلوی** - (٪ ۳) این اختلاط در رکتم نظر به کولون زیاد مشاهده شده است اختلاطات دیگر از قبیل فیستول recto - vaginanal (٪ ۳) هیموورئید ٪ ۱۰، فیستول

مقعدی ٪٤ وابسته Ischio- rectal در ٪٤ وقایع مشاهده می شود .

اختلاطات مخفی

تشوشات کبدی - نزد این مریضان در اثنای سیر مرض تست های وظیفوی کبد در ٪ ٥٠ و قایع غیر نارمل بوده و در ٪٤ وقایع سیروز مشاهده می شود .

افات جلدی٪ ٨.٥ بشمول٪ ٥ ، پیودرمی گانگرینوز، Erythema nodosum ٪٢- التهاب مفصلی ٪ ٥ که اکثراً مفاصل کوچك را مصاب ساخته و این اختلاط در تمام مراحل مرض مشاهده شده میتواند .

Iritis ٪ ٧ - Ankylosing spondylitis ٪ ٢- Stomatitis ٪ ١٠ افات کلیوی ٪ ٥ و انیمی ٪ ٢٠ نیز از جمله اختلاطات مهم مرض می باشد. همچنان Sclerosing cholangitis ٪ ١ و کارسینوما طرق صفراوی ٪ ١ از جمله اختلاطات مهم دیگر مرض می باشد.

تـــــداوی

تداوی مرض در مرحله اول و اشکال غیر اختلاطی طبي بوده و تداوی جراحی زمانی استطباب دارد که تداوی طبی موثر واقع نگردد و یا اختلاطات ظاهر گردد.

تداوی طبی- عوامل مختلف ممکن سبب شفایابی مرض شود و باید گفت که پیشگوئی- نتایج تداوی مشکل بوده و اساسات تداوی عبارتند از :

١- تنظیم و اصلاح بیلانس مایعات و الکترولایت ها .

٢ - اصلاح و تداوی هر چه زود تر حالت انیمی .

٣ - تغذی کافی که به این منظور باید به مریض روزانه مواد غذائی حاوی سه هزار کالوری و غنی ازپروتین ، کاربوهایدریت، ویتامین ها و مقدار کم شحم توصیه شود .

٤ - غرض مجادله با اسهال Codeine و Sogel توصیه شود .

٥ - ادویه Sedative و Tranquilizer نزد این مریضان مفید بوده و انتی بیوتیك ممکن باعث تشدید Moniliasis شود .

تداوی مخصوص مرض

تداوی اشکال خاموش مرض : این مریضان با تداوی توسط Sulphasalazine دو گرام روزانه جواب داده و از نکس مرض جلوگیری می نماید .

تداوی اشکال خفیف و متوسط نکس کننده : در اینصورت دوز Sulphasalazine زیاد شده (٤-٦ گرام روزانه) و در صورتیکه افت توضع سفلی داشته باشد از اماله های پرید نیزولون به مقدار ۲۰ ملی گرام در ۱۰۰ ملی لیتراب استفاده شده که در صورت عدم موفقیت باید مانند شکل Fulminating تداوی صورت گیرد .

تداوی شکل Acute fulminating : در این شکل مرض پرید نیزولون به مقدار ۲۰ ملی گرام و یا بیشتر از ان برای مدت سه هفته از طریق سیستمیك توصیه میگردد .

استطبابات تداوی جراحی

تداوی جراحی در وقایع ذیل استطباب دارد :

۱ - در وقایع شکل Fulminating ، Toxic dilatation ، نزف شدید و تثقب به منظور نجات حیات مریض .

۲ - در وقایع اختلاطات کولون .

۳ - در وقایع اختلاطات مخفی مرض .

٤ - درصورت خطر استحاله به کانسر مخصوصاً در مریضانیکه تاریخچه طولانی دارند.

٥ - شروع مرض در سن طفولیت و بلوغ زیرا مرض نزد این گروپ مریضان شدید بود وسیر ارتقائی دارد .

٦- ناتوانی مزمن، که نزد این مریضان تداوی جراحی از طرف دوکتوان در ۱۵-۲۰ فیصد وقایع توصیه می شود .

تداوی جراحی

تداوی جراحی بعد از اماده ساختن کولونها برای مداخله جراحی عبارت از برداشتن تما

کولونها Total proctocolectomy با اجراء الیوستومی دایمی می باشد .

و درصورتیکه آفت درحذای رکتم خفیف باشد میتوانیم نزد مریضTotal colectomy اجراء و الیوم را با رکتم انستموز داد . در اشکال Fulminating که وضع عمومی مریض خراب بوده و یا در صورت تشکل ابسه به دورادور تثقب می توانیم صرف به اجراء -Ileosto my اکتفاء کرد.

دیورتیکولوز و دیورتیکولیت کولون

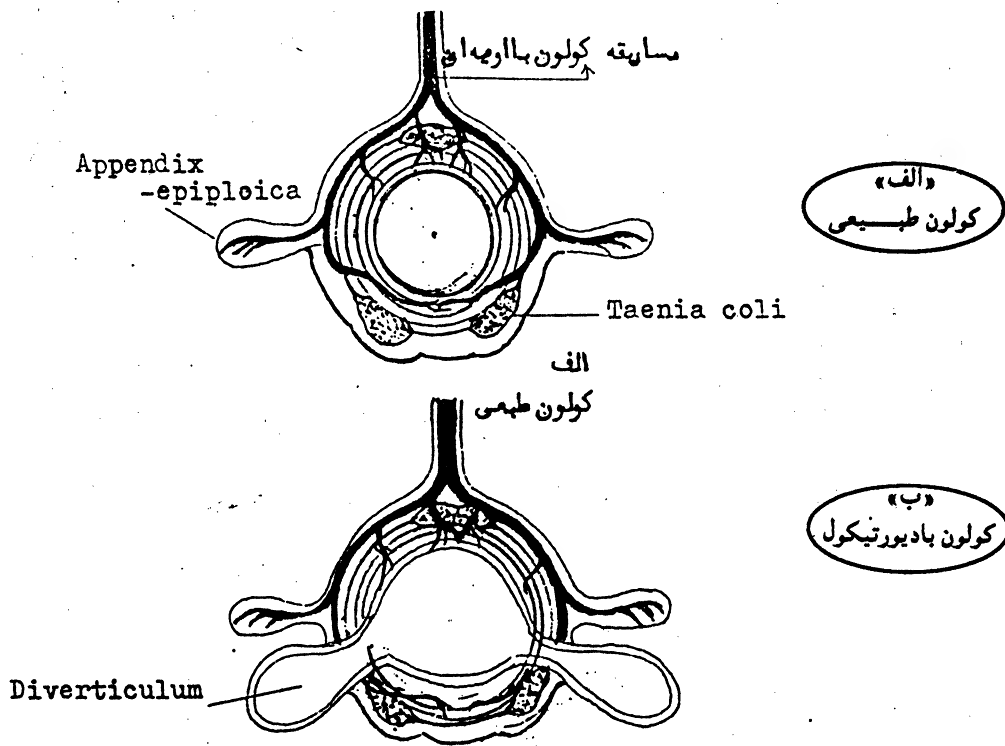
پتـــولوژی

دیورتیکول کولون عبارت از یك فتق مخاطی است که در کنار Taenia coli به وجود آمده و اکثراً توسط Appendix epiploica پوشیده شده می باشد .

این مرض اکثراً در کولون سیگموئید و نازله مشاهده شده و با دور شدن از کولون چپ و نزدیك شدن به کولون راست کمتر مشاهده می شود . دیوریتکول کولون در سنین پائین تراز ٤٠ سالگی معمول نبود ه در حالیکه مرض در ٣٠ ٪ اتوپسی اشخاص مسن مشاهده شده و وقوعات آن در هر دو جنس تقریباً مساوی می باشد .

ایتـــــولوژی

ضخامه طبقه عضلی کولون سیگموئید سبب میشود که در نقاط ضعیف جدار کولون یعنی در محل دخول اوعیه دموی فتق مخاطی بوجود اید (شکل ٣٢) . گر چه دیورتیکول در جوامع متمدن غربی شیوع زیاد دارد لاکن در جوامع ابتدائی نهایت نادرمی باشد که علت ان ممکن رژیم غذای تصفیه شده و بدون تفاله عصر جدید باشد که باعث ضخامه جدار کولون که افت ابتدائی در این مرض محسوب میگردد می شود همچنان بلند رفتن فشار داخل کولون سبب مرض بشمار رفته و قبضیت های معند بیشتر به حیث عامل تشدید کننده مرض قبول شده تا عامل اصلی ان . چون دیورتیکول دارای طبقه مخاطی و مصلی بوده و فاقد طبقه عضلی است بناً زمانیکه مواد غایطه داخل ان گردید دوباره خارج شده نتوانسته و نسبت باقی ماندن ان در رتج مذکور برای مدت طولانی باعث تشکل سنگ غایطی میگردد.



شکل «۳۲» رابطه دیورتیکول کولون با تینیا کولی و اوعیه که در جدار کولون نفوذ مینماید.

دیورتیکولیت (Diverticulitis)

Diverticulitis عبارت از التهاب دیورتیکول بوده که در نتیجه انتان یك یاچند دیورتیکول بوجود میاید . دیورتیکول التهابی میتواند باعث حواد ث ذیل شود :

۱ - تثقب (Perforation) که میتواند به نواحی ذیل صورت گیرد :

الف - در جوف کبیر پریتوان .

ب - تثقب با تشکل ابسه محیط کولونی (Pericolic abscess) -

ج - تثقب در احشاء مجاور مانند مثانه، امعاء رقیقه و مهبل .

۲ - تولید انتان مزمن همراه با فیبروز التهابی که باعث تولید اعراض انسدادی حاد ، مزمن و یا حاد روی مزمن می گردد.

۳ - نزف - که در نتیجه تخریش و ماوف شدن جدار کولون بوجود آمده و می تواند به

شکل حاد و شدید و یا مزمن ومخفی باشد .

تظاهرات سریری

دیورتیکولیت حاد - دیورتیکولیت حاد بنام اپاندیسیت طرف چپ نیز یاد شده و تظاهرات سریری ان یك درد مرکزی بطن بوده که بعداً در حفره حرقفی چپ توضع می نماید و مترافق با تب ، استفراغ ، حساسیت و تقلصیت موضوعی میباشد . با جس بطن و مقعدی ممکن یك کتله مبهم بطنی دریافت شود . تثقب دیورتیکول بداخل جوف پریتوان باعث اعراض پریتونیت حاد منتشر شده و تشکل ابسه pericolic با این تفاوت که بطرف چپ قرار دارد مشابه ابسه اپاندیکولیر بوده که در اینصورت نزد مریض یك کتله درد ناك در حفره حرقفی چپ همراه یا تب و لوکوسیتوز دریافت میگردد.

دیورریکولیت مزمن - تظاهرات سریری دیورتیکولیت مزمن شبیه تظاهرات سریری موضعی کارسینومای کولون بوده ممکن نزد مریض تناوب اسهال و قبضیت نیز موجود باشد. و بصورت تدریجی انسداد کولون با استفراغ ، انتفاغ بطن قبضیت و درد های کولیکی به وجود میاید به خاطر باشد که انسداد امعاء رقیقه نیز از باعث التصاق امعاء با کتله التهاب کولون مشاهده شده میتواند. همچنان ممکن حملات درد و در حفرهء حرقفی چپ ، دفع مخاط و با خون سرخ روشن ویا میلانا از طریق رکتم و کم خونی از باعث نزف مخفی مشاهده شود. با معاینه حفره حرقفی چپ با جس درد ناك بوده و درناحیه ریکتوسیگموئید یك کتله دریافت شده که ممکن با جس معقعدی نیز دریافت شود.

تظاهرات غیر معمول دیورتیکولیت عبارتنداز:

۱ - نزف شدید و ناگهانی از طریق رکتم - دیورتیکول کولونی یکی از مهمترین اسباب نزف های شدید و ناگهانی در اشخاص مسن و مصاب فرط فشار خون می باشد.

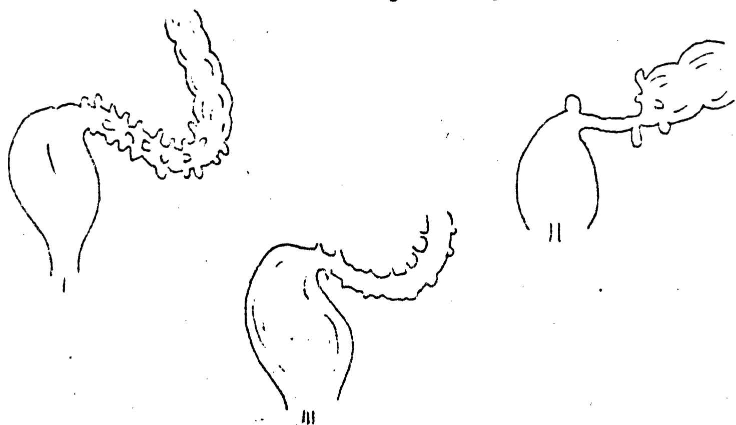
۲ - تشکل فیستول در مثانه با دفع مواد غایطه و حباب های گاز (pneumaturia) در ادرار.

دیورتیکولیت ازشایع ترین اسباب فیستول های مثانی کولونی بوده و علل دیگر این نوع فیستول ها کارسینوماء کولون و ترضیضات با کارسینومای مثانه میباشد.

معاینات خصوصی

۱ - سیگموئید سکوپی - در صورت توضع آفت در قسمت سفلی کولون ممکن نتوانیم سیگموئید و سکوپ را بیشتر از ۱۵ سانتی متر بالا برد.

۲ - رادیو گرافی با باریوم - توسط این معاینه دیورتیکول به شکل اجواف کروی الشکل مشاهده شده و در صورتیکه دیورتیکول حاوی مواد غایطه باشد نسبت تولید نقص امتلا توسط مواد غایطه منظره حلقهء مهر (Signet - ring appearance) مشاهده میشود. مرض دیورتیکولر با تشکل تضیق که شباهت زیاد به کارسینوماء شکل انولیر دارد وصفی بوده و اذیماء و ضخیم شدن جدار کولون در اکثر موارد باعث تضیق شبیه دندانه اره (Saw tooth) در کولون سیگموئید میگردد.



شکل - «۳۳» منظرهء رادیوگرافیك دیورتیکولیت.

I- اجواف متعدد دریك قسمت کولون | II- تشکل تضیق که به کارسینوما شباهت میرساند | III- منظرهء دندانه اره

۳ - کولونو سکوپی - توسط این معاینه میتوان ناحیه ماوفه را مشاهده کرد لاکن دراین مرض نسبت موجودیت کولون سیگموئید متضیق و rigid عبور آله به علوی اکثراً ناممکن می باشد.

تشخیص تفریقی

مهمترین تشخیص تفریقی مرض با نیوپلازم کولون بوده و باید گفت که تشخیص تفریقی این دو مرض با اتکاء علایم سریری ، و حتی معاینات خصوصی مشکل میباشد و صرف با گرفتن بیوپسی به کمك سیگموئید و سکوپ یا کولونو سکوپ می توان تشخیص را وضع کرد. حتی در اثنای لپراتومی تشخیص تفریقی بین کارسینوما و مرض دیورتیکلر مشکل است و بخاطر باشد که این دو آفت معمول و شایع در ۱۲٪ وقایع بصورت مترافق موجود بوده و تشخیص تفریقی آنرا میتوان در جدول ذیل خلاصه کرد:

علایم	دیورتیکولیت	کارسینوما
تاریخچه	طویل	کوتاه
درد	زیاد تر شیوع دارد	
کتله	در۲۵٪ وقایع درد و حساسیت دارد	در ۲۵٪ وقایع بدون درد است
نزف	در ۱۷٪ وقایع موجود و اکثراً وافر و پیرویودیك میباشد.	در ۶۵٪ وقایع موجود و مقدار آن اکثراً کم و دوامدار است.
رادیوگرافي	بصورت منتشر تغییرات موجود است	تغیرات موضعي بوده و با پرویانتین استرخا مشاهده نمیشود.
سیگموئیدو سکوپی	تغییرات التهابي در بیشتر از یك ناحیه موجود است.	در صورت عدم موجودیت قرحه التهاب مشاهده نمیشود.
کولونو سکوپی	کارسینوما مشاهده نمیشود.	کارسینوما موجود و بیوپسی اخذ میگردد.

تـــــــداوی

دیورتیکولیت حاد- در این صورت مرض بصورت محافظه کارانه تداوی شده و به مریض رژیم غذائی مایع یا انتی بیوتیك (مترونیدازول ,Gentamycin از ادویه انتخابی میباشد)

توصیه میگردد. باید گفت که این تداوی در یك تعداد زیاد مریضان موثر واقع میگردد.

ابسه محیط کولونی در ابتدا مانند ابسه اپاندیکولیر به صورت محافظه کارانه تداوی شده ولی اگر ابسه بزرگ گردد دریناژ استطباب دارد . و چون دریناژ ابسه در اکثر موارد باعث فیستول غایطی میگردد بناءً بهتر است جهت منحرف ساختن جریان مواد غایطه نزد مریض Defunctioning transverse colostomy نیز اجراء گردد.

پریتونیت عمومی از باعث تمزق دیورتیکولیت حاد یك حادثه وخیم و قابل تشویش بوده که در اینصورت لازم است لپراتومی اجراء و قسمت ماوفه کولون ریزکشن defunctioning کولوستمی اجراء گردد.

انسداد حاد از باعث دیورتیکولیت حاد ایجاب لپراتومی را کرده با تشخیص و ضع و جهت رفع انسداد Transverse colostomy اجراء گردد و باید اطمینان حاصل گردد تا انسداد از باعث التصاق امعاء رقیقه با ناحیه التهابی نباشد که این حادثه در دیوریتکولیت حاد نادر نمی باشد . به تعقیب این عملیات عاجل جراحی می توانیم قسمت ماوفه کولون را در عملیات بعدی ریزکشن و در عملیات آینده کولوستومی را ترمیم کرد.

دیورتیکولیت مزمن

هرگاه تشخیص واضح و اعراض خفیف باشد می توان مرض را بصورت محافظه کارانه تداوی کرد و توسط Milpar ویا تعدادی از Lubricant laxative عمل امعاء را منظم کرده ومواد غذائی حاوی مقدار زیاد مواد فاضله (میوه جات ، سبزیجات ، سبوس) توصیه می شود . هرگاه اعراض شدید و وخیم باشد ویا کارسینومای کولون ردشده نتواند در این صورت لیپراتومی اجراء و کولون سیگموئید ریزکشن گردد.

فیستول بین مثانه و کولون باید ابتداء توسط Defunctioning colostomy تداوی شود و بعداً قسمت ماوفه کولون برداشته شده و فیستول مثانه خیاطه گذاری شده و در عملیات بعدی کولوستومی ترمیم و تداوی گردد.

obliterans دریافت شده اعصاب در زمین قرحه اکثراً موجود نبوده لاکن در حوافی آن زیاد می باشد و نهایت این اعصاب مانند stump امپوتیشن شکل بصله را دارد . در حوافی قرحه ممکن نشو نمای حجرات اپیتیلیل و در تحت آن نشو نمای انساج غدوی دریافت شود که بعضاً تحول قرحه به کانسر اشتباهاً تعبیر شده میتواند.

قرحهء مزمن معده

ایتولوژي

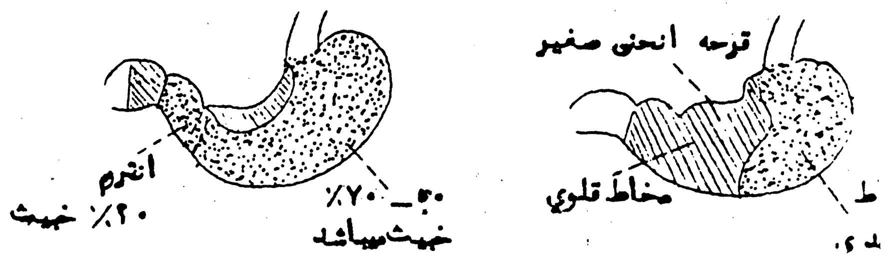
قرحهء مزمن معده یا اسیدتی نارمل یا تفریط افرازی معدوی وatropiic gastritis همراه بوده واکثراً در سنین پیشرفته و نزد اشخصیکه اعتیاد بسگرت دارند مشاهده می شوند.

وقوع مرض

صرف ۱ - ۲ ٪ نفوس مصاب به قرحهء مزمن معده بوده و وقوعات مرض در هر دو جنس مساوی می باشد.

پتولوژی

این قرحات نظربه قرحات مزمن اثناعشر اکثراً بزرگ است و جسامت آنها متغیر بوده و در شکل تأسس یافته به اندازهء نوك انگشت می باشد . زمین قرحه در طبقه



شکل - «٦ - الف» ناحیهء گاستریت قلوی

شکل - «٦ - ب»
ناحیهء که توسط خطوط نشانداده شده براي قرحات سلیم معده و اثناعشر معمول میباشد. ناحیهء که توسط نقاط نشان داده شده در قرحات آن تحول به کانسر زیاد است.

توبرکلوز الیوسیکل

عمومیات - این مرض در نواحی که فقدان غذایی و ویتامین ها موجود است در پهلوی توبرکلوز سایر احشاء مشاهده شده و وقوعات آن بین سنین ۲۵ - ٤٠ سالگی زیاد بوده و هردو جنس را مساویانه مصاب میسازد. باسیل کوخ در امعاء زیاد ترناحیه الیوسیکل را انتخاب کرده که سبب آن نامعلوم است لاکن فکر می شدو که رکودت ترانزیت معائی در این ناحیه باعث میکروتروماتیزم نشده و یا اینکه کولیت تحت الحاد ویا مزمن باعث تقرح شده و زمینه را برای تلقیح باسیل کوخ مساعد می سازد.

باسیل کوخ از دو طریق ذیل به این ناحیه میرسد:

۱ - از طریق دموی به تعقیب یك septicemia.

۲ - از طریق هضمی بعد از گرفتن غذا های حاوی باسیل کوخ مانند شیر ، گوشت حیوانات مریض و یا بلع تقشح در مریضان توبرکلوز ریوی.

اعراض سریری

اعراض عمومی - این اعراض برای یك مدت طولانی مخفی بوده یعنی مریض برای یك مدت طولانی دارای وضع عمومی خوب بوده لاغری و ضعف عمومی که معمولاً در توبرکلوز مشاهده میشود موجود نمی باشد . و در مرحله بعدی مرض اعراض بتدریج ظاهر میگردد.

اعراض موضعی - در مرحلهء ابتدایی مرض اکثراً مریضان از یکنوع کولیت شکایت داشته و درد در حفره حرقفی راست توضع دارد به مرور زمان یك تورم بشکل طولانی و با قوام بسته و الاستیك در حفرهء حرقفی راست جس میگردد. که تومور مذکور در مرحله ابتدایی متحرك بوده وبعداً نسبت ایجاد التصاقات غیر متحرك میگردد. حافه انسی تومور اکثراً غیر منظم بوده ، زیرا عقدات لنفاوی مساریقه را وتیره التهابی تدریجاً مصاب میسازد.

تشوشات غایطی - مریضان اکثراً یك سندروم انتیروکولیت را از خود نشن داده و ازد رد حفره حرقفی راست و محیط ثروی شکایت دارند. که با اسهالات معند مترافق بوده و بعضاً

خون ، مخاط ، و یا قیح ، نیز در مواد غایطه مشاهده می شود.

سندروم کوینیك (Koenig syndrome) - این سندروم در وقایع که دسام الیوسیکل اشغال شده باشد نزد مریض موجود بوده و در حقیقت یك حالت انسداد تحت التحاد می باشد که با انتفاخ بطن ، تزاید درد و بعضاً استفراغ مترافق می باشد و بعد از تزاید و اوج گرفتن اعراض فوق دفعتاً در اثر گریز گاز و مواد غایطه از حذای دسام الیوسیکل و پیدا شدن یك آواز موزیکال مریض آرام میگردد بایدگفت که این سندروم در همه وقایع توبرکلوز الیوسیکل موجود نبوده و اگر باشد با دریافت سایر اعرض توبرکلوز الیوسیکل ما رابه تشخیص کمك میکند.

اعراض رادیو لوژیك - اگر ماده کثیفه از طریق فمی گرفته شود ناحیه ماوفه توسط ماده کثیفه مملو نشده و اگر اماله باریوم اجرا گردد نیز ناحیه مرضی مملو نشده و بعضاً ماده کثیفه بعداز عبور از دسام الیوسیکل داخل الیوم شده که دلالت به عدم کفایه دسام مینماید.

در رادیوگرافی خیال های کف مانند در ناحیه مرضی مشاهده شده و جدار های سیکوم شکسته به نظر میرسد و شکل پرداس مانند را بخود میگیرد اما بخاطر باشد که خیال خلا هرگز مشاهده نمی شود.

اشکال اناتومو پتولوژی

از نظر اناتومو پتولوژی مرض به پنج شکل ذیل مشاهده می شود:

۱ - شکل هایپر تروپیك - که نظربه اشکال دیگر زیاد تر مشاهده شده و به شکل یك تومور تظاهر می نماید. دارای حوافی غیر منظم بوده وبه وضعیت عمودی از علوی به اسفل قرار دارد و در علوی قسمتی از کولون ساعده رااشغال کرده و در سفلی آفت بطرف الیوم پیش رفت میکند و عادتاً اپاندیکس نیز اشغال میگردد . توبرکلوز در این شکل تمام طبقات را اشغال کرده و یك ساختمان Sclerofibromatose را ازخود نشان میدهد. در مقطع طوری بنظر میرسد که جدار سیکوم توسط نسج شحمی اشغال شده ویك تعداد محراقات تلینی تجبنی درآن مشاهده میشود. و روی پریتوان ناحیه ماوفه یك تعداد گرانول های کوچك بصورت

سیر و اختلاطات

مرض سیرمختلف داشته بعضاً مخفی سیر کرده و آفت بدون پیش رفت توقف می نماید در وقایع دیگرآفت بپیش رفت خویش ادامه داده وکولون صاعده را اشغال ودرمحیط سیکوم خراج را بوجود میآورد. این خراج ها میتواند به جلد ویا داخل احشای مجاور بطنی حتی مهبل باز گردد.اختلاط دیگرازقبیل توبرکلوز عمومي، مینانژیت ویا انسداد مرگ را سریعتر می سازد.

تشخیـــص

تشخیص روی اعراض سریری ، مشاهده ، مریض ، موجودیت محراقات توبرکلوزی در سایر نواحی بدن ، رادیوگرافی و تجری باسیل کوخ در مواد غایطه صورت میگیرد.

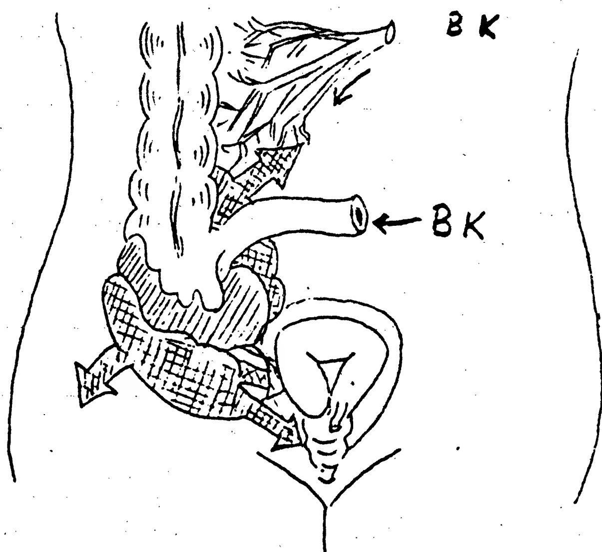
تشخیص تفریقی

تشخیص در مراحل ابتدایی مرض مشکل بوده و بعضاً با کولیت و اپاندیسیت مغالطه می شود که در چنین وقایع عملیات جراحی از باعث موجودیت علایم اپاندیسیت تشخیص را واضح میسازد . در وقایع دیگر که توبرکلوز الیوسیکل یك کتله توموری قابل جس را ساخته باشد. در اینصورت باید با تمام کتلات تومورال حفره حرقفی راست تشخیص تفریقی شود مانند Actinomycosis , Typhlitis hypertropic ، تومور های خلف پریتوان ، تومور اپاندکس ، تومور اقسام رخوه این ناحیه وغیره.

تـــــداوی

تداوی توبرکلوزالیوسیکل‌طبی‌وجراحی بوده باتداوی‌طبی یعنی‌تطبیق ادویه‌انتی توبرکلوزیك ، ویتامین ها و تغذی خوب وضع عمومی مریض بهتر ساخته شده و در صورتیکه توبر کلوز باعث اختلاط نشده و وضع عمومی مریض با تداوی و تغذي بهتر گردد می توانیم عملیه Hemicolectomy طرف راست را انجام والیوم نهائی را با کولون مستعرض انستموز داد.
در وقایع که توبرکلوز ایلوسیکل باعث انسداد شده باشدو خرابی وضع عمومی مریض

اجازه عملیات جذری را ندهد صرف به اجرای عملیه Ileo - transversostomy اکتفا کرد. و بعد از بر طرف شدن لوحه انسدادی و خاموش شدن آفت میتوانیم عملیه جذری Hemicolectomy را در زمان دوم اجرا کرد. درصورتیکه توبرکلوز الیوسیکل باعث فیستول غایطی ویا قیحی در مهبل ، مثانه ، امعاء ویا جلد شده باشد در اینصورت عملیات جذری در یك زمان استطباب نداشته و در زمان اول Ileo - transversostomy را اجراء و در زمان دوم Hemicolectomy صورت میگیرد.



شکل «٣٤»

طریق انتقال باسیل کوخ به ناحیه الیوسیکل با سیر واختلاطات مرض

تومور های کولون

تومور های امعاء غلیظه

تصنیف – تومور های امعاء غلیظه بدو دسته یعنی سلیم و خبیث تقسیم میگردد.

تومور های سلیم

الف – Adenomatous polyp

ب – papiloma.

ج – Lipoma.

د – Haemangioma.

ر – Neurofibroma.

تومور های خبیث

۱ - تومور های خبیث ابتدائی

الف - کارسینوماء

ب - لمفوسارکوما

ج - کارسینوئید تومور

۲ - تومور های خبیث ثانوی - که عبارت از میتاستاز های تومور های احشاء مجاور مانند معده ، مثانه ، رحم ، و مبیض به کولونها می باشد.

تومور های سلیم

ادینوماتوز پولیپ

عبارت از یك تومور سویق دار برنگ سرخ تاریك بوده و نوع دیگر آن Villous-adenoma است که اکثراً Sessile یا بدون سویق میباشد و از نظر ساختمان با تومور اول الذکر فرق داشته و ممکن باعث اسهال و Hypokalaemia گردد.

ادینومای واحد کولون اکثرا کسبی بوده در سنین بالاتر از ٤٠ سالگی مشاهده می شود و در صورتیکه بدون سویق باشد تشخیص تفریقی آن از Papilliferous کارسینوما از نظر ماکروسکوپیك مشکل و ناممکن بوده اما بخاطر باشد که در مجاورت Papilliferous کارسینوماء کولون اکثراً ادینوما های کوچك نیز مشاهده میگردد.

تـــــداوی

تداوی مرض نسبت تمایل آن به خباثت عبارت از برداشتن تومور است که این عملیه در یك تعداد زیاد مراکز صحی به کمك فیبرو اوپتیك کولونوسکوپ انجام شده می تواند.

ادینوما های غیر فامیلی متعدد توسط Partial colectomy تداوی شده و ادینوما که بیشتر از یك سانتی متر جسامت دارد ممکن خبیث باشد بناءً بایدبصورت مکمل برداشته شود . برداشتن Huge villous adenoma رکتم بدون اجراء Proctectomy مشکل بوده و در این حالت معصره مقعدی اکثراً حفظ میگردد.

ادینوماتوز پولیپوز
فامیلی کولون

این مرض باید از .Juvenile polyposis coli, peutz - Jegher's synd و pseudopolyposis تشخیص تفریقی شود . پولیپوز فامیلی کولون گرچه توسط هر دو جنس انتقال یافته لاکن مرد ها نظربه خانم ها بیشتر مصاب مرض شده و آفت اکثراً به کانسر تحول مینماید . این مرض زیاد تر در کولون سیگموئید و رکتم توضع داشته و تعداد آن به صد ها عدد میرسد. ممکن مرض بدون عرض باشد و یا اینکه نزد مریض اعراضی از قبیل نرم بودن مواد غایطه و یا حملات درد در قسمت سفلی بطن با ضیاع وزن ، اسهال ، Tenesmus ، سیلانات مخاط و خون و بعضاً قیح که شباهت زیاد به کولیت قرحوی دارد موجود باشد.

با معاینه یك یا بیشتر ادینوماتوز پولیپ دریافت شده و در سیگموئید وسکوپی تومور متعدد به جسـامت های مختلف که سویق دار و Sessile میباشد مشاهد می گردد. و اماله باریوم مخصوصاً Contrast barium enema پولیپ های بزرگ را نشان میدهد . نزد بعضی مریضان ادینوما و کارسینومای پانکراس نیز موجود بوده که جهت تشخیص آن باید Gastroduodenoscopy نیز اجراء گردد.

وقـــــایه

۱ - همه اعضای فامیل باید در سن ۱۰ سالگی معاینه شود و این عمل بعدا ز هر دو سال تکرار گردد.

۲ - اکثراین‌مریضان درسن ۲۰ سالگی پولیپ داشته‌که ایجاب عملیات جراحی را مینماید.

۳ - در صورتیکه پولپ در سن ۴۰ سالگی دریافت نشود مریض بعد از هر پنج سال یك بارالی ۵۰ سالگی معاینه شود ودرصورتیکه الی ۵۰ سالگی مرض دریافت نشود ممکن Gene مربوطه بارث برده نشده باشد. بخاطر باشدکه مرض قبل ازسن ۲۰سالگی نیز استثناءً به کانسر تحول کرده میتواند در حالیکه این حادثه اکثراً بین سنین ۲۰ - ٤۰ سالگی به مشاهده میرسد.

تـــــــداوی

تداوی مرض عبارت از Total (Colectony) با برداشتن رکتم است و در صورتیکه پولیپ در قسمت سفلی رکتم زیاد نباشد این قسمت حفظ شده و بعد از برداشتن کولون ، الیوم با رکتم تفمم داده میشود. و پولیپ های stump رکتم به کمك سیگموئیدوسکوپ بعداً مورد Diathermy قرار می گیرد.

همارتو ماتوز پولیپ

Peutz - Jegher's polyps می تواند به شکل یك آفت واحد ویا متعدد در کولون مشاهده شود. نوع دیگر پولیپ همارتو ماتوز پولیپ های مخاطی و یا Juvenile میباشد که به قسم آفات متعدد در کولون مشـــاهده شده و اکثـراً با انومالی های ولادی از قبیل امعاء ، رتج میکل و یا آفات ولادی قلب مترافق میباشد Mal. rotation . این تومور ها تمایل بسیار کم بطرف خباثت داشته و صرف وقتی برداشته شود که باعث تولید درد، نزف ویا هیپو پروتینیمیا شوند.

هیـــــمانژیوما

عبارت از یك Telangectasis موضعی تحت المخاطی کولون است که اکثراً باعث نزف کتلوی شده و هرگاه نزف دوامدار باشد انژیو گرافی و کولونو سکوپی در تعین محل و منشه نزف کمك کرده که در صورت دریافت آفت توسط کولونو سکوپ، میتوانیم آنرا توسط اندوسکوپ برداریم. و در صورت تشخیص توسط ارتیروگرافی، نزف با تطبیق و ازوپریسین و یا microspheres توقف کرده میتواند . در صورت افزایش نزف باید مریض عملیات شود و ناحیه ماوفه امعاء باز و تومور برداشته می شود و در صورت بزرگ بودن تومور ناحیه ماوفه کولون ریزکشن می گردد.

لیپـــــــوما

این تومور در امعاء غلیظه نظر به امعاد رقیقه کم تر مشاهده شده و اکثراً منحصر به

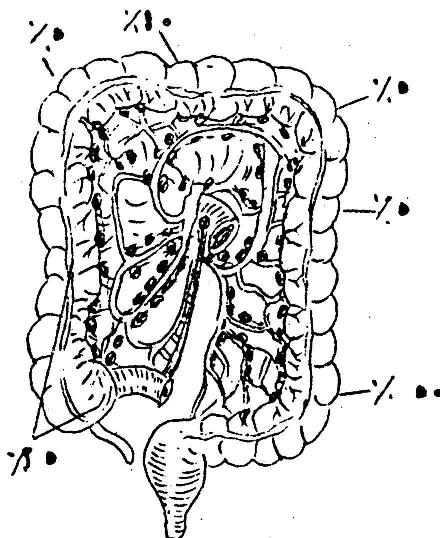
رکتم می باشد .تومورتحت المخاطی بوده ودر بیشتراز نصف وقایع باعث تغلف امعاء میگردد.
تشخیص تفریقی دیگر اعراض لیپوما از اعراض کارسینوما مشکل بوده و حتی خون در مواد غایطه از نظر ماکروسکوپیک ویا میکروسکوپیک نسبت تقرح مخاط روی نیوپلازم در یک تعداد زیاد واقعات مشاهده میگردد.

تومور های خبیث کولون

کارسینومای کولون

این مرض زیاد تر در کولون سیگموئید مشاهده شده و سن مساعد آن ۵۵ - ۷۰ سالگی می باشد . خانم ها نظر به مرد ها کمی زیاد تر مصاب مرض شده در حالیکه کارسینومای رکتم در مرد ها زیاد مشاهده میشود.

کارسینومای کولون و رکتم باعث مرگ ۱۵۰۰۰ انسان سالانه در انگلیند و ویلز شده که بعد از کارسینومای قصبات رقم بلند وفیات را نشان می دهد. هرگاه رکتم درنظر گرفته نشود ۵۰٪ کارسینومای کولون درحذای کولون سیگموئید ۲۵٪ در سیکوم و کولون ساعده ، ۱۰٪ در کولون مستعرض، ۵٪ درزاویه کولونی کبدی ۵٪ در زاویه کولونی طحالی و ۵٪ در کولون نازله مشاهده میشود.



شکل «۳۵» وقوعات کارسینومای کولون

فکتور های مساعد کننده مرض

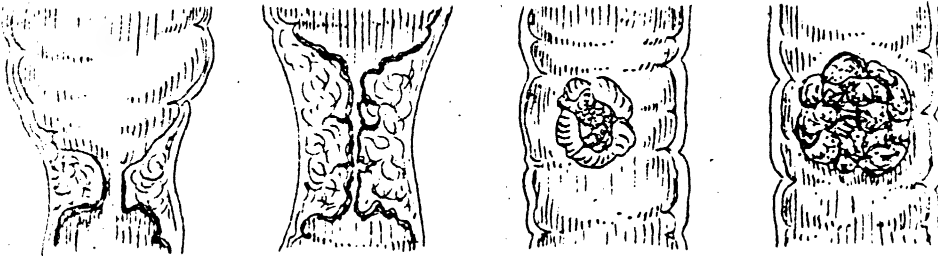
پولیپ ها، پولیپوز فامیلی کولون و کولیت قرحوی از جمله فکتور های مساعد کننده

مرض میباشد.

پتـــــولوژی

کارســـینومای کـــولون از نـــظر مـــیکرو ســکوپیک Columnar celled adenocarcinoma بوده که از حـجــرات اپیــتیلیل کولـــون ویا از کریپت های Lieberkuhn منشه میگیرد و از نظر ماکروسکوپیک تومور به یکی از چهار شکل ذیل مشاهده میگردد.

۱ - Annular .
۲ - Tubular.
۳ - Ulcer.
٤ - Cauliflower.



شکل «۳٦» چهار شکل معمول ماکروسکوپیک کارسینومای کولون.

نوع چهارم تومور کمتر خبیث بوده و ممکن تمام اشکال کارسینومای کولون به شکل یك ادینومای سلیم شروع نماید. شکل انولیر تومور نسبت ایجاد اعراض انسدادی مقدم دارای انذار نسبی خوب بوده و قبل از تولید میتاستاز اکثراً تداوی میگردد همچنان انذار کارسینومای کولون مربوط به قابلیت تفریق بودن آن نیز میباشد.

توضــــع تومور - کارسینومای کولون زیاد تر در قسمت distal کولون مشاهده شده و

عضلی معده قرار داشته و با مرور زمان تمام جدار خلفی را اشغال و به پانکراس نفوذ می نماید درحالیکه قرحات جدار قدامی خلفی معده میتواند به کبد نفوذ نماید و قرحات زین مانند که بالای انحنی صفیر توضع دارد به کبد و پانکراس نفوذ کرده میتواند (تثقب مزمن) .

قرحات معدوی نیز مأنند قرحات اثناعشری تمایل دارد تا در مخاط غیر افرازی اسید در سرحد با جسم معده بوجود آید (شکل۲ الف) و این ناحیه نظربه ناحیه گاستریت مزمن (شکل ۲ ب) که پیش قدم قرحه مزمن معده است بسیار کوچك می باشد.

معاینه مکروسکوپیك

از نظر میکروسکوپیك قرحه مزمن معده شبه قرحه مزمن اثناعشر می باشد .

آیا قرحات پیپتیك میتواند به خباثت تحول نماید؟ باید گفت که قرحات مزمن اثناعشر هرگز به کانسر تحول نکرده درحالیکه این تحول در قرحات مزمن معدوی مشاهده شده می تواند که در مورد فیصدی وقوعات آن اختلاف نظر موجود بوده و ممکن از ۵٪ زیاد نباشد و حتی قرحات بزرگ دیواسا (با قطر زیاد تر از۵ . ۲ سانتی متر) نادراً کارسینوماتوز می باشند.

تظاهرات سریری قرحات معده و اثناعشر به صورت مقایسوی

برای این منظور بهتر است از مریض تحت هفت عنوان ذیل تاریخچه گرفته شود:

قرحهء مزمن معده

این مریضان اکثراً سن بالاتر ازمتوسط داشته و نسبت پرهیز غذایی بعضاً لاغر و اکثراً کم خون می باشند. و معاینه هیموگلوبین نیز آنرا تائید مینماید. با استجواب دقیق این مریضان از سوء هاضمه (dyspepsia) شاکی بوده و تاریخچه ذیل بصورت وصفی دریافت میگردد.

۱ - دوری بودن (periodicity) مرض - در قرحات مزمن معدوی حمله مرض برای چند هفته دوام کرده و بعداً یك صفحه بدون درد و تسکین برای ۲ - ۶ ماه وجود دارد و حمله مرض زیاد تر در فصل بهار و خزان مشاهده می شود.

۲ - درد - که موقعیت اپی گاستریك داشته و فوراً بعد از غذا و یا تا دو ساعت بعد از آن مشاهده می شود . درد ممکن به خلف انتشار نماید و به وضعیت اصطجاع ظهری آرام شده و

مرض زیاد تر در کولون سیگموئید و rectosigmoid Junction توضع می نماید.

انتشار تومور

بصورت عموم انتشار و نشو و نمای کارسینو مای کولون تدریجی بوده و در صورت برداشتن تومور بصورت مقدم ، انذار آن خوب میباشد.

انتشار موضعی – تومور برای یك مدت طولانی منحصر و محدود به کولون بوده و به دورادور جدار کولون وطولاً انتشار مینماید. و قبل از اینکه در احشای مجاور نفوذ نماید باعث انسداد کولون میگردد. در شکل تقرحی مرض نفوذ طبقه مصلی زیاد تر رخ داده که بعداً احشای مجاور توسط تومور اشغال میگردد. هرگاه این احشاء مجوف باشد فیستول داخلی بوجود آمده همچنان تثقب کولون باعث ابسی موضعی و فیستول غایطی بخارج شده میتواند.

انتشار لنفاوی – از طریق لنفاوی تومور به عقدات لنفاوی ناحیوی انتشار و از طریق قنات صدری در صفحه موخر مرض باعث اشغال عقدات فوق الترقوی میگردد.

انتشار دموی – حجرات سرطانی از طریق ورید باب به کبد و از انجا به ریه رسیده و باعث تولید میتاستاز های بعیده می گردد.

انتشار از طریق Transcoelomic – که باعث تولید نودول های میتاستاتیك در سر تا سر جوف پریتوان شده میتواند .

تظاهرات ســـریری

کارسینومای کولون در مریضان که سن بالاتر از ۵۰ سال دارند مشاهده شده لاکن مرض در اشخاص جوان نیز نادر نبوده و استثناء اطفال را نیز مصاب میسازد. انذار مرض نسبت تشخیص مؤخر و غیر قابل تفریق بودن آن در اکثر موارد خوب نبوده و ۲۵ ٪ آن نسبت ایجاد لوحهء انسدادی و یا پریتونیت به شکل یك واقعهء عاجل تظاهر مینماید و بخاطر باشد که تمام مریضان مصاب نزف کولونی که سن بیش تر از ۴۰ سال دارند ایجاب معاینات مکمل کولونی را می نماید.

شروع کارسینومای کولونی اکثراً تدریجی و غیر وصفی بوده و در صورتیکه باعث انسداد

نشود ۱- ۲ سال ممکن بصورت مخفی سیر نماید . تظاهرات سریری کارسینومای کولون را میتوان مانند سایر تومور ها قرار ذیل تصنیف کرد:

۱ - تظاهرات ناشی از خود تومور.

۲ - تظاهرات که توسط میتاستاز ها بوجود می آید.

۳ - تظاهرات و تأثیرات عمومی تومور.

۱ - تظاهرات موضعی تومور

درد - که اکثراً به شکل کولیك معائی بوده و در صورتیکه درد وصف دوامدار و ثابت را اختیار نماید به غیر قابل عملیات بودن تومور و یا پریتونیت دلالت می نماید.

تشوشات ترانزیت - که از معمول ترین اعراض کارسینومای کولون بوده و به شکل قبضیت اسهال و یا تناوب قبضیت و اسهال مشاهده میگردد . اسهال ممکن است همراه با مخاط (ازباعث افراز زیاد مخاط توسط تومور) و یا نزف باشد که این نزف می تواند برنگ سرخ روشن ، میلانا و یا نزف مخفی باشد.

تومور های که باعث تضیق کولون میگردد میتواند با اعراض انسداد امعاء به شکل حاد مزمن ویا حاد روی مزمن تظاهر نماید . نادراً کارسینومای کولون با تثقب در جوف کبیر پریتوان ویا با تشکل ابسه موضعی تظاهر کرده میتواند. ویا اینکه این تثقب باعث ایجاد فیستول در احشای مجاور مانند فیستول های گاستووکولیك ویا ویزیکو کولیك میگردد .

۲ - تظاهرات ناشی از میتاستاز ها

مریض ممکن است با یرقان و یا انتفاخ بطن از باعث حبن و یا ضخامه کبد نزد طبیب مراجعه نماید .

۳ - تظاهرات عمومی امراض خبیثه

این تظاهرات عبارت از کم خونی ، بی اشتهایی و لاغری میباشد.

کارسینومای کولون طرف چپ معمولاً از نوع تضیقی بوده و چون محتوی کولون طرف چپ جامد و قطر لومن کوچك است بناءً این تومور ها زیاد تر و زود تر باعث اعراض انسدادی شده برعکس کارسینومای‌کولون راست چون ازنوع Proliferative بوده ومحتوی آن مایع میباشد بناءً اعراض انسدادی در کولون راست نسبتاً غیر معمول میباشد . مریضان کارسینومای

سیکوم و کولون نازله اکثراً از باعث کم خونی و ضیاع وزن نزد طبیب مراجعه مینماید.

درمعاینهء مریضانیکه نزد شان احتمال کانسر کولون میرود چهار نکته ذیل مد نظر باشد:

۱ - در معاینه بطنی و یا رکتم موجودیت یك کتله قابل جس (تومور کولون سیگموئید ممکن در اثر لغزش در جوف دوگلاس قرار گیرد).

۲ - موجودیت تظاهرات سریری انسداد امعاء .

۳ - تظاهرات میتاستاز و انتشار تومور مانند ضخامه کبد ، حبن ، یرقان و یا عقدات لنفاوی فوق الترقوی .

٤ - تظاهرات کلینیکی کم خونی و یا ضیاع وزن که دلالت به امراض خبیثه می نماید.

جدول « ٥ » اعراض کارسینومای کولون

اعراض	کولون راست	کولون چپ	سیگموئید
درد بطن	۷۸	٦۸	٥۱
تغیر و تشوش ترانزیت	۳۰	٥۸	۷۰
ضیاع وزن	٥۰	۱٥	۲۰
استفراغ (اکثراً بادرد کولیکی)	۳۲	۱٥	۰
بی اشتهائی	۱۸	۹	۰
ضعف و نفس تنگی	۲۰	۹	٦
نزف از طریق رکتم	۸	۹	۲۹
موجودیت کتله	٦۷	٤٦	۳۹
سوء هاضمه	۸	۰	۰
انسداد حاد روی مزمن	۸	۲۱	۲۹

مدت که اعراض موجود بوده فوق العاده متغیر بوده وطورمتوسط ٥ ، ٥ ماه می باشد.

معاینات خصوصی

۱ - خون مخفی (Occult blood) - اکثراً در مواد غایطه موجود میباشد .

۲ - سیگموئیدو سکوپی - توسط این معاینه میتوان تومور ناحیه ریکتوسیگموئید را مشاهده نموده و جهت تشخیص قطعی بیوپسی اخذ کرد و در صورتیکه تومور به صورت مستقیم دیده نه نشود آمدن خون و مخاط از قسمت علوی کولون نیز اکثراً دلالت به امراض خبیثه می نماید .

۳ - کولونو سکوپی - توسط کولونوسکوپ میتوان قسمت های علوی کولون را مشاهده و در صورت لزوم بیوپسی اخذ کرد.

٤ - اماله باریوم - این معاینه اکثراً تومور را به شکل تضیقی و یا نقص امتلاً نشان داده و بخاطر باشد که منفی بودن این معاینه موجودیت یك تومور کوچك را کاملاً رد کرده نه توانسته و علاوتاً موجودیت مواد غایطه در کولون می تواند این معاینه را بصورت غلط مثبت نشان دهد . همچنان تشخیص تفریقی بین تضیق کانسروز و امراض دیورتیکولر کولون از نظر رادیولوژی کار مشکل بوده و در صورت مشکوك بودن تشخیص باید لپراتومی اجراء گردد .

تشخیص تفریقی

کارسینومای کولون باید با امراض ذیل تشخیص تفریقی شود :

۱ - با امراض که باعث اعراض موضعی میگردد مانند امراض دیورتیکولر ، کولیت قرحوی ، سایر اسباب اسهال و قبضیت و دیزانتری .

۲ - با امراض که باعث تولید اعراض عمومی مشابه مانند کم خونی ، زردی لیموئی رنگ جلد لاغری و کسالت عمومی میگردد این امراض عبارت اند از : کارسینومای کولون ، معده ، پانکراس ، یوریمیا و کم خونی خبیث (Pernicious anemia) که این پنج حالت مرضی اکثراً با هم مغالطه می شوند .

تـــــداوی

تداوی حالت غیر انسدادی و قابل عملیات

اهتمامات قبل از عملیات - امعاء این مریضان طوری که قبلاً ذکرشد به کمک مسهلات اماله های تخلیوی و تطبیق انتی بیوتیک ها آماده عملیات شود.

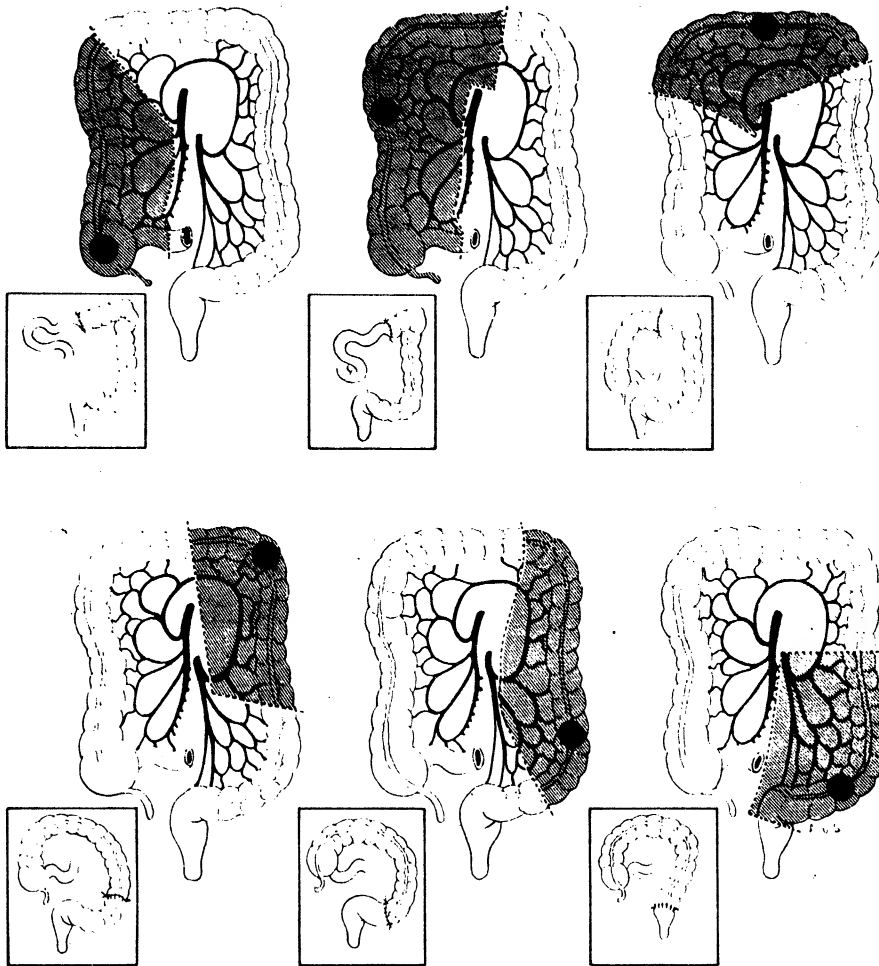
اساس تداوی جراحی کارسینومای کولون ریزکشن وسیع تومور همراه با میتاستاز های لنفاوی ناحیوی آن می باشد که قرار ذیل صورت می گیرد :

۱ - تداوی کارسینومای سیکوم ، کولون صاعده وزاویه کولونی کبدی عبارت از هیمی کولیکتومی طرف راست می باشد .

۲ - تداوی کارسینومای کولون مستعرض Transverse colectomy می باشد .

۳ - تـــداوی کارســـــینومای زاویه کولونی طـحالی و کـــــولون نازله Left hemicolectomy میباشد .

٤ - - تداوی کارسینومای کولون سیگموئید عبارت از Sigmoid colectomy است .



شکل «۳۷» وسعت ریزکشن کولون در وقایع کانسر نظر به توضع آن

تداوی در وقایع انسدادی

اساس تداوی جراحی در چنین وقایع عبارت از رفع لوحه انسدادی در مرحله اول و اجرای عملیات انتخابی در مرحله بعدی می باشد که قرار ذیل صورت میگیرد :

۱ - در وقایع کارسینومای سیکوم ، کولون صاعده و زاویه کولونی کبدی - که در چنین وقایع چون امعاء رقیقه علوی تر از دسام الیوسیکل اکثراً متوسع نمی باشد بناً می توانیم بصورت مقدم عملیه هیمی کولیکتومی را نزد مریض اجراء کرد و بعضاً کارسینومای کولون صاعده وزاویه کولونی کبدی را می توان با اجراء عملیه Caecostomy تداوی کرد .

۲ - کارسینومای کولون مستعرض را می توان توسط اجرای Caecostomy در مرحله مقدم و ریزکشن تومور در مرحله بعدی تداوی کرد و بعضاً میتوان تومور را بصورت مقدم ریزکشن و نزد مریض Double barrel colostomy (Paul - Mikulicz procedure) اجراء کرد .

۳ - کارسینومای زاویه کولونی طحالی ، کولون نازله و سیگموئید در مرحله اول با اجرای کولوستومی کولون مستعرض و در مرحله بعدی ریزکشن تومور و ترمیم کولوستومی تداوی کرد .

تداوی در وقایع غیر قابل عملیات

ریزکشن تومور حتی در وقایع که میتاستاز های کبدی نیز موجود باشد از جمله بهترین تداوی Palliative بوده و در صورتیکه ریزکشن تومور ناممکن باشد به منظور جلوگری از انسداد امعاء palliative short circuit و یا کولوستومی نزد مریض اجراء میگردد . رادیوتیراپی و تجویز ادویه cytotoxic ممکن باعث تسکین موقتی مرض شود.

فصل ششم

رکتم و کانال مقعدی

اناتومی جراحی

رکتم یا امعاء مستقیم قسمت اخیر انبوب هضمی بوده و از نقطه نظر ساختمان اناتومیك شباهت نزدیك به چوکات کولون دارد .از نقطه نظر موقعیت اناتومیك خویش این قطعه امعاء مربوط به احشای حوصلی بوده و در وجه قدامی عظم عجز و عصص قرار دارد حدود علوی آن با حدود علوی فقرهء سوم عجزی توافق داشته و طول آن بین ۱۵ تا ۲۰ سانتی متر میباشد . این عضؤ حوصلی یکی از حشای است که قسماً داخل پریتوان و قسماً خارج پریتوان قرار دارد که سرحد معین بین قسمت داخل پریتوانی و خارج پریتوانی وجود نداشته و نظر به شخص و تیپ فرق میکند .

بصورت عموم رکتم از دو قطعه تشکیل شده و قطعه علوی آن که بنام امپولا یاد میشود در علوی به انحنی ریکتو سیگموئید مربوط شده و قطعه دوم کانال انال میباشد که قطعه اول نظر به دوم وسیع و طویل میباشد.

امپول رکتم – طوریکه قبلاً ذکر شد این قطعه وسیع و طویل بوده و از نظر موقعیت در قدام عظم عجز و عصص قرار دارد و با آنها رابطه صمیمی داشته و در سیر خویش مقعریت عظام فوق را تعقیب کرده لذا روی یك خط منحنی که مقعریت ان بقدام قرار دارد سیر مینماید محور طولانی امپولا از علوی به سفلی واز قدام بخلف قرار دارد کانال انال روی یك خط نسبتاً منحنی سیر داشته که مقعریتْ آن برخلاف امپولا بخلف متوجه است لذا میان محور طولانی امپولا وکانال انال زاویه برقرار میگردد که بخلف بازاست اگر محور طولانی کانال انال بقدام تمدید گردد تفریباً به ثره توافق مینماید این اصل اناتومیك از نظر معاینه بدون درد و atraumatic دارای اهمیت زیاد می باشد. امعاء مستقییم ازطبقات ذیل تشکیل شده است:

۱ - طبقه مخاطی Mucosa .

۲ - طبقه مخاطی عضلی (Mucosa muscularis) -

۳ - طبقه تحت المخاطی (Submucosa) .

٤ - طبقه عضلی حلقوی .

٥ - طبقه عضلی طولانی .

٦ - طبقه مصلی (Serosa) .

۱ - طبقه مخاطی - این طبقه جدار داخلی رکتم را ساخته و دارای رنگ سرخ روشن میباشد و از یك طبقه حجرات اپیتل استوانی فرش گردیده این طبقه دارای یکتعداد تبارزات مستعرض بنام plica transversalis میباشد که سه عدد بوده و در جدار داخلی رکتم بصورت مستعرض به شکل هلال قرار دارد التواء علوی ان بنام plica - terminalis ، التواء متوسط بنام plica sacralis و التوا سفلی plica - coccygea یاد میگردد .

۲ - طبقه مخاطی عضلی - این طبقه از نقطه نظر ساختمان خویش با دیگر قسمت های انبوب هضمی فرق ندارد .

۳ - طبقه تحت المخاطی - در این طبقه مخصوصاً در قسمت های سفلی امپولا و تمام کانال انال یك شبکه غنی وریدی بنام ضفیره وریدی امعاء مستقیم و نیز یکتعداد فولیکول های لمفاوی قرار دارد.

٤ - طبقه عضلی - که بدو وریقه یعنی وریقه عضلی حلقوی و طولانی تقسیم گردید ه و در امپولا نسبت به چوکات کولون تفاوت نشان میدهد بدین معنی که طبقه عضلی حلقوی در قسمت های سفلی امپولا و کانال انال بصورت واضح ضخامه کسب کرده و شکل یك معصره را بخود میگرد و عضله طولانی منشه خود را از taenia چوکات کولون گرفته و تمام سطح خارجی امعاء مستفیم را فرش مینماید .

٦ - طبقه مصلی - قسمی که فوقاً ذکر گردید امعاء مستقیم قسماً داخل پریتوانی و قسماً خارج پریتوانی بوده طبقه مصلی وقتیکه میخواهد در حوصله داخل گردد جدار های قدامی و جنبی امپولا را فرش کرده و در قسمت های سفلی ، رکتم را ترک کرده و در خانم ها وجه خلفی رحم و در مرد ها وجه خلفی مثانه را فرش مینماید که نقطه عمیق این ناحیه بنام

جوف دوگلاس یاد میگردد و بدین ترتیب قسمت های سفلی رکتم بدون پریتوان باقی میماند .

کانال انال – ٤ – ٥ سانتی متر طول داشته و دارای رنگ سرخ روشن میباشد حدود علوی آنرا انوریکتل و حدود سفلی آنرا فوهه خارجی انوس میسازد . این قسمت از یك طبقه اپیتل مسطح مفروش شده و در حدود علوی کانال انال یکتعداد جیوب که فوهه ان به علوی باز است پهلوی همدیگر به شکل یك حلقه قرار دارد که بنام کریپت های مورگانی sinus analis یاد میگردد این سینوس ها مربوط جهاز لمفاوی بوده و علاوتاً در بسته نمودن فوهه داخلی کانال انال که حتی مانع عبور مایعات میگردد کمك مینماید . خط که رو ی آن سینوس ها قرار دارند بنام Linia sinosa یاد میگردد در فواصل بین جیوب یکتعداد التوات طولانی که بنام Columna rectalis یاد میشود و بطرف امپولا تمادی دارد دیده میشود ، سفلی تر از خط سینوس یك منطقه استوانی یا سلندریك قرار دارد که بنام Zona alba یاد میشود . قسمتیکه جلد عجان به آهستگی به غشای مخاطی کانال انال تحول مینماید بنام Linia anocutania یاد میگردد .

در طبقه مخاطی کانال انال طوریکه فوقاً ذکر گردید یك شبکه غنی وریدی بنام ضفیره وریدی باصوری دیده میشود طبقه عضلی حلقوی در این ناحیه طوریکه در شیما مشاهده میشود خیلی ضخامه نموده و معصره داخلی رکتم را میسازد . در وجه خارجی معصره داخلی الیاف طولانی طبقه عضلی از علوی به اسفل سیر نموده قسماً داخل الیاف معصره داخلی گردیده و قسماً طوریکه در شیما مشاهده میشود داخل حزمات عضلی معصره خارجی شده و یك بافت مخصوص را میسازد .

معصره خارجی – معصره خارجی در وجه خارجی معصره داخلی قرار داشته و متشکل از سه نوع حزمات حلقوی عضلی میباشد :

١ – معصره خارجی تحت جلدی

٢ – معصره خارجی سفلی .

٣ – معصره خارجی عمیق

١ – معصره خارجی تحت الجلدی– در قسمت اسفل و محیط خارجی معصره داخلی قرار داشته و متشکل از سه و یا چهار حزمات عضلی میباشد که به فواصل بسیار کوچك از هم

هرگز از طرف شب مشاهده نمی شود.

۳ - استفراغ - استفراغ یك عرض مهم در بیش تر از ۵۰٪ مریضان بوده که باعث تسکین درد شده و ممکن خود مریض استفراغ را تحریك نماید. و بخاطر باشد که در قرحات ناحیه پیلور استفراغ میتواند یگانه و مهمترین عرض مرض باشد.

٤ -Hematemesis و Melaena تقریباً ۳۰٪ مریضان قرحات معدوی از نزف شاکی بوده و نسبت قی الدم بر میلانا ٦۰ : ٤۰ میباشد.

۵ - اشتها - اشتهاء این مریضان خوب بوده لاکن از گرفتن غذا ترس دارند .

٦ - غذای مریضان - این مریضان از غذا های سرخ شده و مصاله دار پرهیز کرده و شیر تخم و ماهی غذای اصلی شانرا تشکیل میدهد.

۷ - ضیاع وزن - این مریضان در اثنای مراجعه به جراح اکثراً ضیاع وزن دارند

بامعاینه درد و حساسیت عمیق ناحیه متوسط اپی گاستریك چند انچ علوی تر از ثره دریافت میگردد.

قرحه مزمن اثناعشر

نزد اشخاص کاهل بوجود آمده لاکن در سنین ۲۵ - ۵۰ سالگی زیاد تر مشاهد می شود و در مردان که ظاهراً صحت مند بنظر میرسد زیاد تر شیوع دارد.

۱ - دوری بودن (periodicity) مرض: حمله مرض بصورت وصفی در فصل بهار و خزان مشاهد شده و در اثر کارزیاد ، اضطراب ویا آب و هوا تشدید میگردد حمله مرض ۲ - ٦ هفته دوام کرده و صفحه خاموشی و شفایابی میتواند از ۱ -٦ ماه باشد.

۲ - درد: شدید بوده و یك الی دونیم ساعت بعد از غذا ظاهر میگردد و چون درد اکثراً با گرفتن غذا آرام و تسکین میگردد بناءً بنام درد گرسنگی (Hunger pain) یاد می شود. این مریضان جهت تسکین درد اکثراً با خود بسکیت داشته تا باصرف آن از درد رهایی یابند. درد با گرفتن مواد قلوی نیز تسکین شده و اکثراً مریض را به ساعت دوی صبح از خواب بیدار میسازد لاکن درد از طرف صبح بعد از بیدار شدن از خواب وجود ندارد.

۳ - استفراغ: استفراغ درقرحات اثناعشر درصورت عدم موجودیت تضیق و تحریك توسط

قرار دارند و هیئت عمومی شان در یك مقطع سهمی حوصله بشکل سه یا چهار عدد مقطع های عضلی مدوردیده میشود .

۲ - معصره خارجي سفلی - این معصره به شکل یك کمربند کمی علوی تر از معصره خارجی تحت الجلدی قرار داشته و نسبت به معصره اولی بزرگتر میباشد .

۳ - معصره خارجی عمیق - علوی تر از معصره خارجی سفلی قرار داشته و الیاف ان با عضله رافعه شرج اتصال دارد .

باید گفت که معصره داخلی از الیاف عضلی ملساً ساخته شده و فعالیت آن تحت اراده شخص نبوده در حالیکه معصره خارجی که از نقطه نظر ساختمان خویش بسیار مجهز تر از معصره داخلی است از نوع مخطط بوده و تقلصیت آن تحت اراده شخص میباشد .

اوعیـــه باصوری

سه عدد اوعیه مسئول اروای امعاء مستقیم میباشد :

۱ - اوعیه با صوری علوی .

۲ - اوعیه با صوری متوسط .

۳ - اوعیه با صوری سفلی .

۱ - اوعیه با صوری علوی - ورید باصوری علوی از ضفیره باصوری علوی که در تحت غشای مخاطی قسمت علوی کانال انال و امپولا قرار دارد منشه گرفته این شبکه در سیر خود بطرف علوی کم کم از هم دور شده و در قسمت متوسط امپولا به شکل شعبات وریدی در آمده و تقریباً در آرتفاع ۱۰ سانتی متر از فوهه مقعدی ضخامت امپولا را عبور و بالاخره به ورید مساریقی سفلی میریزد .

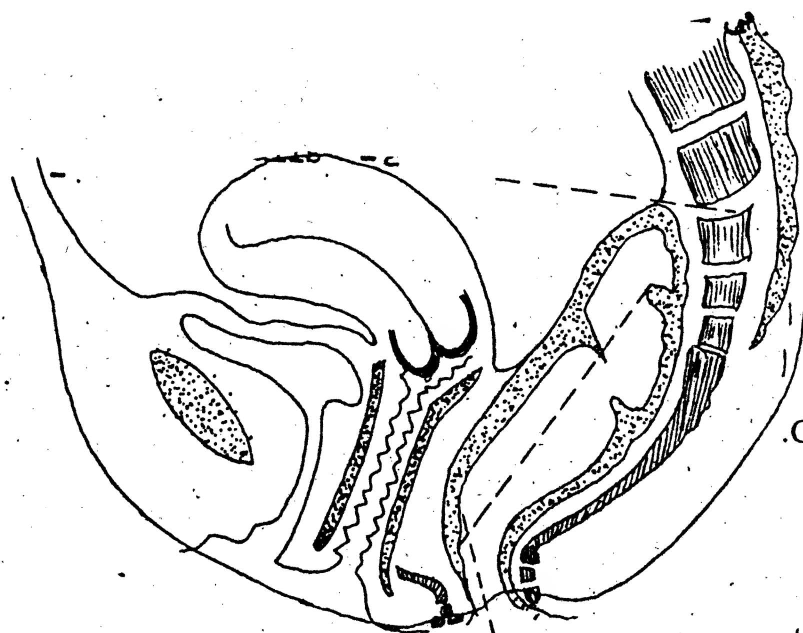
شریان مساریقی سفلی یك شعبه بنام شریان باصوری علوی به رکتم داده که این شریان در وجه خلفی امپولا سیر نموده و با الاخره به دو شعبه نهائی تقسیم میگردد .

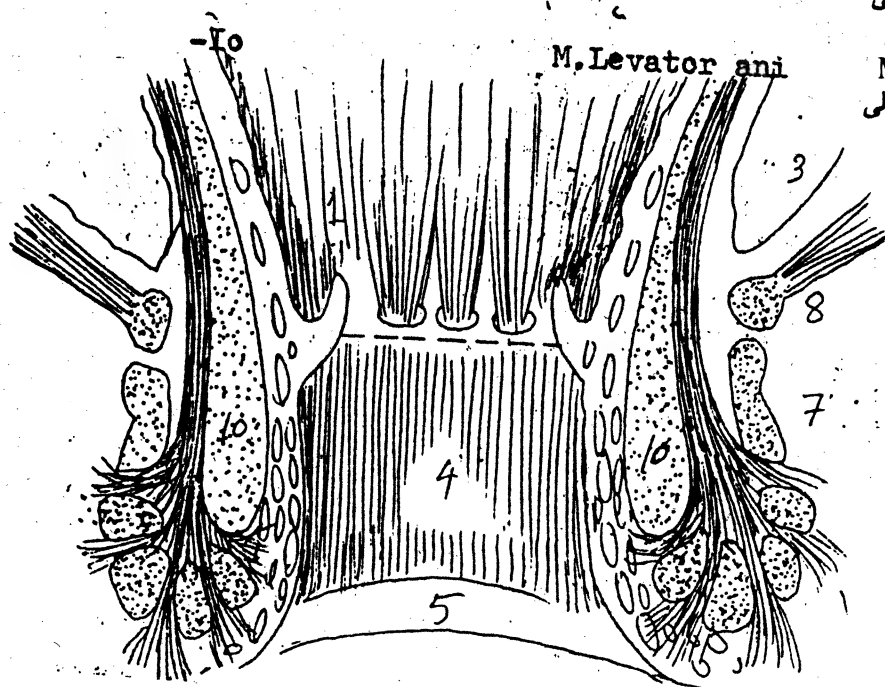
۲ - اوعیه باصوری متوسط - ورید باصوری متوسط از شبکه وریدی باصوری علوی و

سفلی منشه گرفته و در وجه علوی عضله رافعه شرج سیر نموده و به ورید حرقفی باطن میریزد.
شریان هم نام آن سیر ورید را تعقیب مینماید.

۳ - اوعیه باصوری سفلی - ورید باصور سفلی منشه خود را از ضفیره باصوری سفلی و شبکه وریدی محیط معصره متعدی گرفته و بالاخره به Vena pudendalis میریزد شریان باصوری سفلی که بنام Art. rectalis inferior یاد می شـود بعد از منشه .art pudenda inf. سیر ورید را تعقیب کرده و قسمت های سفلی رکتم را ارواء می نماید.
باید گفت که هردو ورید باصور سفلی و متوسط بلاخره به ورید حرقفی می ریزند.
لنف رکتم از طبقه مخاطی منشه گرفته و با لمف طبقه عضلی یکجا اکثراً به طرف علوی و کمی به جوانب و سفلی دریناژ میگردد لمف نصف علوی انوس نیز به علوی سیر کرده و به عقدات لمفاوی خلف رکتم ریخته و ازانجا به عقدات مجاور آن میرسد لمف نصف سفلی انوس به عقدات لمفاوی ناحیه مغبنی می ریزد.

اعصاب - عصب رکتم نیز سه گروپ بوده و عبارت اند از :
Plexus rectalis superior - قسمت علوی رکتم را تعصیب و دارای الیاف سیمپاتیك بوده و از .plexus mesentricus inf منشه میگیرد.
Plexus rectalis media و inferior که از ضفیره مساریقی منشه میگیرد و بالاخره عصب رکتل سفلی که یك شعبه عصب pudendus بوده معصره خارجی وجلد و حوافی مقعد را تعصیب مینماید.





۱ - Columnae rectales.
۲ - Sinus analis.
۳ - Linia sinosa.
۴ - Zona alba.
۵ - خط جلدی مقعدی
۶ - معصره خارجی تحت جلدی
۷ - معصره خارجی سطحی
۸ - معصره خارجی عمیق
۹ - M. Levator ani
۱۰ - معصره مقعدی داخلی

شکل «۳۸» اناتومی رکتم

اعراض و علایم امراض انورکتل

اعراض و علایم غیر وصفی امراض انور کتل شبیه امراض کولونیك بوده اما چون نزف قسمت سفلی رکتم و ناحیه مقعدی اکثراً توسط خود مریض مشاهده شده و علاوتاً درد کانال انال اکثراً شدید و دارای توضع واضح میباشد که همین شکایات وصفی در امراض رکتم و مقعدی سبب میشود تا مریض زود تر به طبیب مراجعه نماید

درد – درد د. کانال انال از باعث التهاب ، ارتشاح تومور ویا اسپزم معصره مقعدی بوجود امده کارسینومای رکتم اکثراً تا زمانی بدون درد میباشد که ناحیه مقعدی که غنی از تعصیب سوماتیك است توسط تومور اشغال گردد. همچنان هیموروئید تا وقتی درد ندارد که به ترومبوز معروض گردد و درد شدید در اثنای فعل تغوط به شکل یك جرحه قاطعه برای فیسور انال وصفی میباشد.

نزف – نزف رکتم و کانال انال برنگ تاریك ویا سرخ روشن بوده و توسط مریض به اسانی تشخیص شده میتواند در حالیکه نزف قسمت های علوی جهاز هضمی اکثراً تغیر کرده بوده و به شکل میلانا ظاهر میگردد . هرگاه خون مخلوط با مواد غایطه باشد دلالت به کارسینومای قسمت های علوی کولون ویا کولیتیس کرده و در آفات رکتم وکانال انال خون بروی مواد غایطه مشاهد شده و موجودیت خون روی کاغذ تشناب اکثراً ناشی از آفات مقعدی مانند فیسور ویا هیموروئید میباشد.

سیلانات مخاطی – سیلانات مخاطی که اکثراً توسط مریض به شکل slime یا افرازات لزوج و چسپناك حکایه میگردد یکی از اعراض فوق العاده مهم امراض انور کتل بوده که در حالات کارسینومای رکتم یا کولون، Villous adenoma و کولیتیس مشاهده میشود. همچنان افرازات زیاد مخاط در پرولاپس رکتم و هیموروئید درجه سوم باعث ملوس شدن لباس مریض وتخریش جلد محیط مقعدی شده میتواند.

Tenesmus – عبارت از احساس پر بودن رکتم مترافق تا تقاضای شدید فعل تغوط بوده که بدون نتیجه و اطراح مواد غایطه میباشد . سبب آن یك کتله تومورال از قبیل ادینوما

یا کارسینوما بوده که قسمت سفلی رکتم را مملو میسازد.

تخریش (Irritation) - تخریش محیط مقعدی از تظاهرات یك تعداد زیاد آفات مانند فیستول انال ، فیسور انال و هموروئید بوده اما بخاطر باشد که اسباب دیگر آن مانند مرض کرون ومنتن شدن با کرم ها فراموش نشود.

مشاهده و طرز معاینه امعاء مستقیم

در امراض انور کتل معاینه مقعد ورکتم قسمت مهم معاینه را تشکیل داده و در اینجا نیز باید مشاهده مریض مانند سایر امراض بصورت سیستماتیك و دقیق اخذ گردد و کوشش شود تا نکات ذیل در مشاهده مریض تذکر داده شود:

الف - تاریخ شروع شکایات.

ب - درد ، اوصاف درد ، زمان درد ، رابطه آن با فعل تغوط ، موقعیت درد ، دوامدار ویا متقطع بودن درد.

ج - نزف ، شدت نزف ، مقدار نزف ، رنگ و وصف و صورت خونریزی (به شکل حلقه قطره قطره ویا به شکل فوران).

د - قوام مواد غایطه و قبضیت ، اسهال ، آمدن مخاط ، قیح ، کتلات نسجی.

بعد از اکمال مشاهده ورجوع به یکی از امراض امعاء مستقیم باید معاینات سریری که عبارت از تفتیش ، جس و رکتوسکوپی است انجام گردد. در صورتیکه با وصف معاینات فوق بصورت واضح تشخیص وضع شده نتواند باید معاینات ذیل از قبیل رادیوگرافی و بیوپسی اجراء گردد.

تفتیش - در این معاینه کوشش شود تا فوهه خارجی انوس با جلد محیط آن بانواحی عجان بصورت مکمل معاینه و نواحی الیوی ازهم دور شده و جلد محیط مقعدی بمنظور دریافت تخریش ، مجرای فیستول ، هیموروئید پرولاپس شده ، فیسور و Tags های جلدی تفتیش شود و هرگاه از مریض خواهش شود که زور بزند ممکن پرولاپس رکتم ظاهر گردد.

جس رکتم که بنام rectal touch نیز یاد میگردد باید به دقت اجرا گردد و به

مریض فهمانده شـود که این معـاینه بدون درد بوده و ممـکن ناراحتی جـزئی احسـاس نماید البته اجرای این معاینه با میتود درست دارای اهمیت میباشد. و قبل از اجرای جس و رکتوسـکوپی ، باید رکتـم بادادن امـاله پاك گـردد و جهت معاینه به مریض روی بستر معاینه وضعـیت داده شود که .T.R و رکتوسکوپی به وضعیت های ذیل نزد مریض اجراء شده میتواند:

۱ - **وضعیت جنبی چپ** (The left lateralor Sims's position) - مریض روی بستر بوضعیـت جنبی چپ خوابیده و رانها حالت قبض را روی بطن میگیرد. معاینه کننده بطرف راست مریض قرار داشته و معاینه را با دست راست انجام میدهد.

۲ - **وضعـیت نسـائی** (The lithotomy position) - درین صـورت مریض روی بسـتربوضعیت ظهری افتاده و هر دو طرف سفلی را بوضعیت نیمه قبض و تبعد قرار می دهد.

۳ - **وضعیت سجده** (The Knee - elbow position) - که معکوس وضعیت نسائی بوده یعنی مریض روی بستر توسط ران و آرنج ها اتکا دارد.

در این معاینه بعد از پوشیدن دستکش و چرب کردن انگشت اشاره دست راست با پارافین درکاهل ها و انگشت کوچك در اطفال هردو بارزه الیوی توسط دست چپ از هم دور شده و درحالیکه انحنی و محور کانال انال و امپولا درنظر گرفته میشود انگشت به آهستگی داخل کانال انال می شود باید به مریض توصیه شود که در اثنای معاینه دهن باز تنفس نماید زمانیکه انگشت داخل کانال انال شد کوشش شود تا سطح حساس انگشت بصورت یك حلقه تمام سطح داخلی کانال انال را تماس و جس نماید و نقاط اشتباهی و درد ناك یاد داشت شود و بعد از معاینه دقیق کانال انال انگشت بیشتر داخل شده و قسمت های سفلی امپولا نیز جس شود و در معاینه .T. R به نکات ذیل توجه شود:

در کانال مقعدی
- مقویت معصره
- موجودیت سختی (induration)
- درد (فیسور و کارسینومای مقعد)

محتوی رکتم (مواد غایطه و خون)
در رکتم		مخاط رکتم (بمنظور دریافت قرحات و تومور)
پروستات و عنق رحم

در صورتیکه کتله جس گردد میتوانیم از معاینه bimanual که دست چپ در قسمت سفلی بطن گذاشته میشود استفاده کرد و بخاطر باشد که اکثریت کارسینومای رکتم به معاینه رکتل جس شده میتواند. درد شدید در اثنای معانیه دلالت به فیسور انال کرده و بهتر است معاینه به تعویق انداخته شود. و تحت انستیزی اجراگردد و بر اینکه تشخیص واضح تر گردد می توانیم بعد از .T. R پروکتوسکوپی و سگموئیدو سکوپی را نیز نزد مریض اجراء کرد. و باید گفت که این معاینات ساده نبوده و در صورتیکه دقت نشود خالی از خطر نبوده واجرای آن ایجاب معلومات را نیز مینماید.

پروکتو سکوپی (Proctoscopy) - با این معاینه میتوان کانال انال و قسمت سفلی رکتم را مشاهده و تداوی زرقی هیموروئید را اجراء و از غشای مخاطی بیوپسی اخذ کرد.

سیگموئیدو سکوپی Sigmoidoscopy - اجرای این معاینه ایجاب کمی تجربه و پرکتیس را کرده و توسط آن میتوان تمام رکتم و قسمت های سفلی سیگموئید را مشاهده و بیوپسی اخذو پولیپ را توسط لیگاتور ویا diathermy تداوی کرد.

رادیولوژی - اماله باریم در رد ویا تشخیص آفات مشکوك قسمت های علوی کمك کرده و طوریکه میدانیم هیموروئید در اشخاص مسن زیاد مشاهده شده اما بخاطر باشد که، نسبت دادن نزف رکتم به هیموروئید در حالیکه کارسینومای رکتم و یا کولون نیز موجود باشد یك اشتباه غیر قابل عفو میباشد.

هیموروئید

Haemorrhoids (Piles)

تعریف - هیموروئید یا بواصیر عبارت از venectasie یا varicose ضفیره وریدی باصوری میباشد.

وقوع مرض - این مرض زیاد تر درمردان وکمتر در زنان ، و نادراً در اطفال مشاهده میشود وقوع این در سنین بین ۳۰ - ۵۰ سالگی بیشتر است . بعد از سن ۵۰ سالگی تقریباً در ۷۰ ٪ اشخاص اورام باصور ی دیده شده ولی یك تعداد کم آن مترافق با اعراض میباشد.

اسباب - در حقیقت رکودت دوامدار ضفیره با صوری عامل اصلی بواصیر شمرده شده و هیموروئید رانظر اسباب میتوانیم به هیموروئید عرضی (symptomatic) و Idiopathic تقسیم نمائیم:

الف - هیموروئید Symptomatic - این نوع هیموروئید به شکل یك عرض در حالات و امراض ذیل مشاهد میشود..

۱ - در کارسینومای رکتم - کارسینومای رکتم در اثر فشار و یا تولید ترومبوز در ورید علوی رکتم باعث هیموروئید میگردد . بناءً در تمام وقایع هیموروئید معاینه رکتم و رکتوسیگموئید Junction برای دریافت نیوپلازم توصیه میشود.

۲ - در زمان حاملگی - حاملگی در اثر فشار بالای ورید علوی رکتم توسط رحم محمول و تاثیر استرخا دهنده پروجسترون بالای جدار اوعیه و همچنان ازدیاد سیستم دورانی حوصله باعث هیموروئید میگردد.

۳ - جهد و زور زدن در اثنای فغل تبول از باعث تضیق احلیل ویا ادینوم پروستات .

٤ - قبضیت مزمن.

برخلاف عقیده معمول ، هیموروئید به شکل یك عرض در فرط فشار ورید باب بندرت مشاهده شده چنانچه مولف Macpherson در ۱۲۸ واقعه فرط فشار ورید باب یك واقعه هیموروئید را به ارتباط portal cirrhosis دریافت نکرده ودر حالیکه نزف واریس مری

اکثراً درفرط فشار باب مشاهده میشود.

یك تعداد زیاد وقایع هیموروئید symptomatic نمیباشد.

ب - هیموروئید Idiopathic -

۱ - ارثیت - مرض در افراد بعضی فامیل ها زیاد مشاهده شده که ممکن علت ان موجودیت فکتور های مساعد کننده مرض مانند ضعیفی ولادی جدار اورده ویا ازدیاد غیر نارمل دوران شریانی ضفیره رکتم باشد Varicose vein طرف سفلی و هیموروئید اکثراً همزمان مشاهده میشود.

۲ - عوامل مورفولوژیك - در حیوانات جریان خون وریدی نسبت افقی قرار داشتن بدن شان به آسانی صورت گرفته و از همین سبب هیموروئید نزد شان مشاهده نمی شود در انسانها نسبت وضعیت بدن شان و عدم موجودیت دسام در این ناحیه فشار وریدی در قسمت سفلی رکتم بلند رفته و در نتیجه باعث تشکل بواصیر میگردد.

۳ - عوامل اناتومیك - این عوامل عبارت اند از:

الف - شعبات جمع کننده اساسی ورید با صوری علوی بدون تقویه در یك نسج منظم سست تحت المخاطی قرار دارد.

ب - این اورده از انساج عضلی عبور کرده بناءً در اثر تقلص عضلی در اثنای فعل تغوط تحت فشار قرار میگیرد.

ج - ورید علوی رکتم یك شعبه ورید باب بوده بناءً بدون دسام میباشد.

٤ - عوامل تحریکی - زور زدن از باعث قبضیت ویا در اثر گرفتن مقدار زیاد مسهلات از اسباب مهم هیموروئید بوده و همچنان اسهالات از باعث enteritis ، colitis و dysentry باعث تشدید هیموروئید مخفی میگردد.

اورام باصوری نظریه موقعیت مختلف اناتومیك شان به سه نوع میباشد:

۱ - اورام باصوری داخلی (Internal haemorrhoids).

۲ - اورام باصوری خارجی (External haemorrhoids).

۳ - اورام باصوری بین البینی (Intero-external haemorrhoids).

۱ - اورام باصوری داخلی - عبارت از venectasie ضفیره باصوری علوی و قسمت

های علوی ضفیره باصوری سفلی میباشد .

زمانیکه ورید باصوری علوی تقریباً به ازتفاع ۱۰ سانتی متر بالاتر از فوهه خارجی انوس امپولا را عبور مینماید در تحت غشای مخاطی این ناحیه یك شبکه و سیع وریدی را به وجود میاورد چون شعبات کوچك این شبکه وریدی بدون و ساطت شعریه ها با هم مربوط گردیده اند ساختمان ان شباهت نزدیك به اجسام کهفی دارد و در حال عادی وقتیکه این شبکه وریدی مملو از خون باشد در بسته نمودن کانال مقعدی در پهلوی معصره انال رول مهم را بازی مینماید و در صورت عدم موجودیت ان با وصف تقلصیت معصره مقعدی مایعات از این ناحیه عبور می نماید .

اورام باصوری علوی از نظر موقعیت در حذای Zona haemorrhoidalis که تقریباً با سرحد علوی کانال انال توافق مینماید تشکل مینماید .

بصورت یك حلقه در محیط داخلی کانال انال و امپولا قرار دارد و سه ناحیه که عبارت از ساعت ۳، ۷ و ۱۱ میباشد اورام باصوری زیاد تر تاسس مینماید . این سه ناحیه در حقیقت نواحی اند که شعبات ورید با صوری علوی ضخامت امپولا را عبور مینماید . وقتیکه ورید باصوری علوی در خلف امپولا سیر میکند بدو شعبه راست و چپ تقسیم شده شعبه طرف چپ در نهایت بدو شعبه کوچکتر تقسیم میگردد و این شعبه به ساعت سه کانال انل توافق منیماید . شعبه ورید باصوری طرف راست بعد از یك سیر کوتاه و مختصر در خلف امپولا بدو شعبه نستاً بزرگتر قدامی و خلفی تقسیم شده شعبه قدامی بدون شعبات کوچکتر به ساعت ۱۱ و شعبه خلفی ان که بدو شعبه کوچکتر تقسیم میگردد به ساعت ۷ کانال انال توافق می نماید بدین ترتیب شعبات اصلی باعث تولید اورام باصوری اصلی و شعبات جنبی کوچك باعث تولید اورام باصوری ثانوی میگردد و ورم باصوری که به ساعات ۳ و ۷ کانال انال موقعیت دارند در جوانب خویش دو عدد ورم باصوری ثانوی داشته در حالیکه ورم باصوری ساعت ۱۱ واحد و بدون اورام باصوری ثانوی میباشد .

خود مریض نادر بوده و بازگشت مایع ترش و سوزنده بداخل دهن و یا پر آب شدن آنی دهن با دردعمیق ناحیه عظم قص(Heart burn) ازشکایات معمول نزداین مریضان میباشد(۱۰:۱)

٤ - Hematemesis و Melaena - این اعراض به نسبت ٤٠ : ٦٠ مشاهده شده لاکن بعضاً این دو عرض درقرحات اثناعشری نظر به قرحات معدوی زیاد تر دیده میشود.

٥ - اشتها - استثناء خوب بوده لاکن بعضاً این مریضان در اثنای حمله مرض از گرفتن مواد غذائی جامد خود داری مینماید.

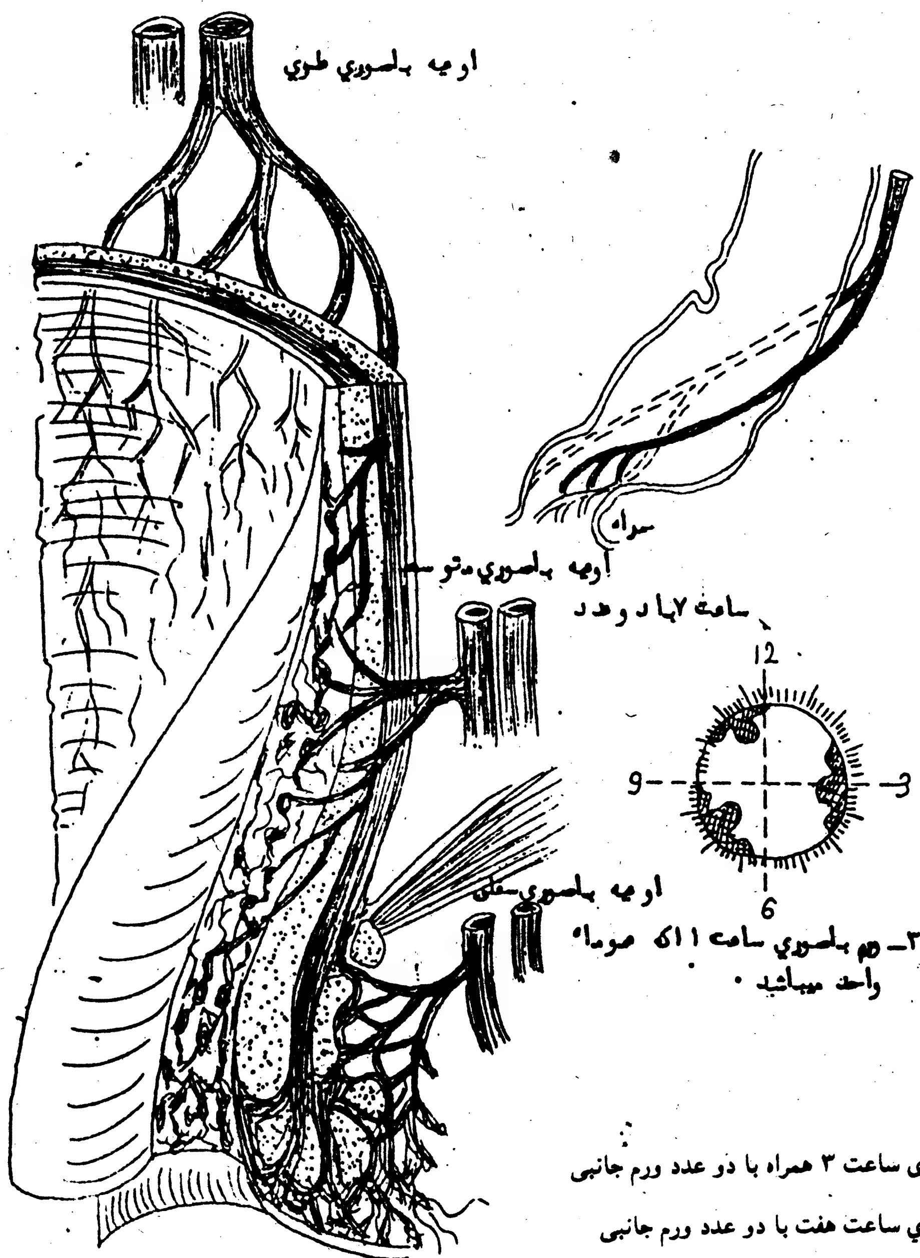
٦ - غذای مریضان - این مریضان بمقایسه مریضان قرحات مزمن معده هر نوع غذا صرف کرده لاکن بعضی آنها از خوردن غذای سرخ شده اجتناب می نمایند.

٧ - ضیاع وزن - نزد این مریضان موجود نبوده واکثراً آنها نسبت گرفتن مقدار زیاد شیر وزن میگیرند.

در معاینه نزد این مریضان حساسیت عمیق ناحیه هیپوکاندر راست دریافت میگردد. تثقب در ٥٪ تمام مردان مشاهده ه شده که در صورت موجودیت تثقب قبلی این فیصدی بلند میرود. نزف در ١٠٪ قرحات پیپتیک مشاهده شده لاکن در صورت موجودیت نزف قبلی احتمال نزف دوباره در ظرف ده سال به ٧٥ ٪ بلند میرود.

جدول -١- تظاهرات سریری قرحات معده و اثناعشر رامیتوان در جدول ذیل خلاصه کرد.

تظاهرات سریری	قرحات معده	قرحات اثناعشر
دوری بودن مرض	موجود است	بطور واضح موجوداست
درد	بزودي بعد ازغذا مشاهده میشود.	دو ساعت بعد ازغذا مشاهده میگردد.
استفراغ	نسبتاً زیاد است	وجود ندارد
نزف	قی الدم نظربه میلانازیاداست	میلانا نظربه قی الدم زیاد است
اشتهاء	ترس از گرفتن غذا وجود دارد	اشتها خوب است
غذاي مریضان	شیر وماهي است	هر نوغ غذا میباشد
ضیاع وزن	وجود دارد	وجود ندارد



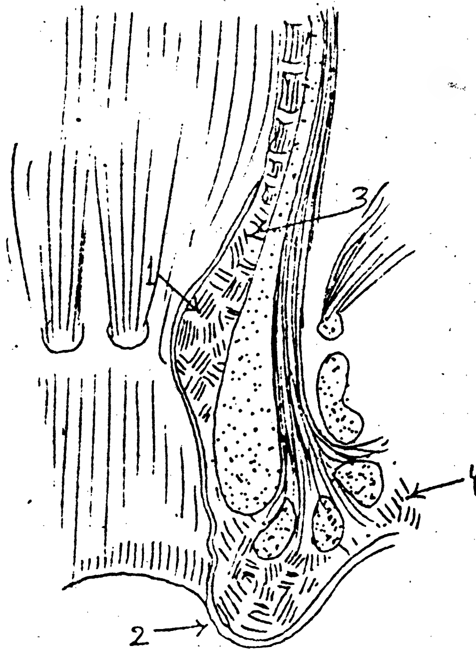
۱ - ورم باصوری ساعت ۳ همراه با دو عدد ورم جانبی

۲ - ورم باصوري ساعت هفت با دو عدد ورم جانبی

۳ - ورم باصوری ساعت ۱۱ که عموماً واحد میباشد.

شکل ۳۹، مقطع جنبی رکتم

اورام باصوری داخلی از نظر شکل سریری به شکل بارزه های سرخ و یا سرخ بنفشوی بوده که قوام نرم و اسفنجی دارد در اشکال پیشرفته و مزمن ان چون سطح خارجی ان به تخریش دوامدار معروض میگردد استحاله فیبروز نشان داده بدین ترتیب جدار ان کمی ضخامت کسب کرده و نسبتاً خشن تر میگردد .



۱ - مقطع یك ورم باصوری داخلی.

۲ - مقطع یك ورم باصوری خارجی.

۳ - ضفیره وریدی تحت المخاطی.

٤ - ضفیره وریدي محیط معصروی

شکل (٤٠) مقطع جنبی رکتم

وقتیکه اورام باصوری بصورت ابتدائی در Zona haemorrhoidalis بوجود امد بمرور زمان بزرگ گردیده و با الاخره به شکل دکمه ها ویا خریطه هاي در کانال انال فرود امده و از این رو اورام باصوری داخلی بدرجات مخلف تقسیم شده است

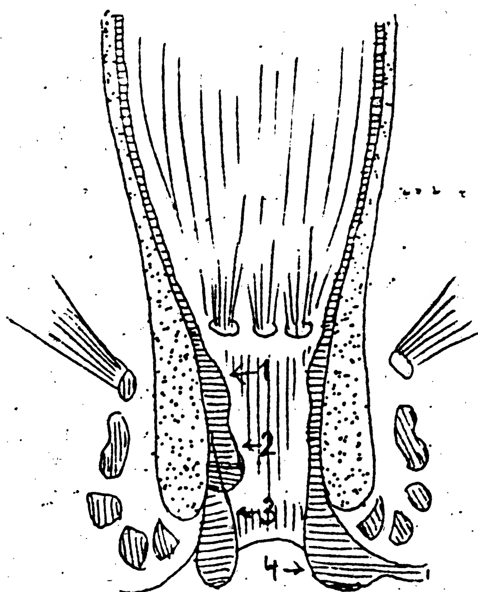
درجات اورام باصوری

اورام باصوری داخلی به سه درجه تقسیم شد: است :

۱ - ورم باصوری درجه یك - در ناحیه انورکتل قرار داشته و چون این ناحیه حساس نمی باشد درد ندارد و میتواند در نقاط سه گانه ۳، ۷ و ۱۱ قرار داشته و در أثنای فعل تغوط از فوهه مقعدی هیچوقت خارج نمی گردد . این اورام ابتدأ کوچک نرم و سرخ رنگ بوده و توسط تماس خون نسبتاً سرخ و روشن از آن خارج می گردد . T. R برای تشخیص اورام باصوری درجه یك کافی نبوده برای تشخیص قطعی باید از رکتوسکوپی استفاده شود .

۲ - اورام باصوری درجه ۲ - نسبت تخریش میخانیکی فعل تغوط و یك اندازه استحاله لیفی ، جدار ورم باصوری درجه دوم لطافت و نازکی خویش را از دست داده و بدین ترتیب انزفه ان کم میگردد . این اورام کلانتر بوده و در وقت نشستن و فعل تغوط از فوهه مقعدی خارج شده و بعد از فعل تغوط دوباره بصورت بنفسیه ارجاع میگردد قوام آن نرم و رنگ سرخ بنفشوی دارد این اورام باصوری درجه دوم نسبت اینکه در ناحیه حساس کانال انال قرار دارد درد ناك میباشد .

۳ - اورام باصوری درجه سه - اورام باصوری درجه سه نظر به درجه دو بزرگ بوده و نسبت تخریش دوامدار و استحاله لیفی پیش رفته نزف ان متناسباً کمتر است تقریباً همیشه بحالت پـــرولاپس بوده و زیاد درد ناك میباشد . اینوع ورم باصوری چون معصره مقعدی را عبور می نماید بعضاً به اختناق معروض شده و باعث اختلاطات میگردد.



شکل «۴۱» درجات مختلف اورام باصوری

۱ - ورم باصوری درجه اول
۲ - ورم باصوری درجه دوم
۳ - ورم باصوری درجه سوم
٤ - ورم باصوری بین البینی

تظاهرات سریری

اورام باصوری دارای اعراض متعدد بوده و در درجات بپیش رفته خویش دارای شدت بیشتر میباشد . این اعراض عبارتند از :

نزف - طوریکه از نام هیموروئید بر میاید نزف از جمله اعراض اساسی و مقدم مرض بوده که در ابتداء خفیف و برنگ سرخ روشن بوده و در اثنای فعل تغوط مشاهده میشود این نزف میتواند بصورت متقطع برای ماه ها و سال ها ادامه پیدا نماید و طوریکه قبلاً ذکر گردید هیموروئید که نزف داده لاکن از فوهه مقعدی خارج نمی گردد بنام هیموروئید درجه یك یاد میشود .

پرولاپس از جمله اعراض موخر هیموروئید بوده که در اغاز صرف در اثنای فعل تغوط ظاهر و دوباره بصورت بنفسیه ارجاع میگردد با گذشت زمان هیموروئید پرولاپس شده به صورت بنفسیه ارجاع نشده و باید توسط مریض ارجاع گردد و طوریکه قبلاً ذکر گردید بواصیر که در اثنای فعل تغوط خارج و دوباره ارجاع میگردد و یا توسط مریض ارجاع و بحالت ارجاع شده باقیماند بنام هیموروئید درجه دوم یاد شده بعد تر در خارج فعل تغوط نیز پورلاپس در اثر جهد روزانه مشاهده شده و اینوع هیموروئید را که بصورت دایمی به حالت پرولاپس قرار داشته باشد بنام هیموروئید درجه سوم یاد میکنند. تا این حالت هیموروئید باعث احساس ناراحتی و سنگینی در رکتم شده لاکن در حقیقت اکثراً باعث درد نمی گردد .

افرازات (Discharge) - افرازات مخاطی اکثراً همراه با هیموروئید نوع پرولاپس شده بوده ، ودر نتیجه احتقان غشای مخاطی بوجود میاید . این افرازات باعث خارش نزد مریض میگردد.

درد - درد در اشکال غیر اختلاطی هیموروئید مشاهده نشده بناً مریضان هیموروئید که از درد شاکی اند باید جهت دریافت حالات مرضی دیگر مورد معاینه قرار گیرند .

کم خونی - انزفه چه به شکل میکروسکوپیك و یا و افر باشد مریض را کم خون میسازد باید گفت که در سیر اورام باصوری نظر به تنقص اسباب ان دوره های صلاح و بهبودی مشاهده شده و دوباره اعراض عود مینماید .

در معاینه با تفتیش ممکن هیموروئید داخلی مشاهده نشود و در اشکال پیش رفته مرض التوات اضافی یا Tags های جلدی در یکی و یا سه موقعیت هیموروئید ابتدائی مشاهده میشود و زمانیکه مریض زور بزند هیموروئید داخلی بصورت گذری مشاهده شده و در صورت هیموروئید درجه سه ، اورام باصوری بحالت پرولاپس باقی میماند . هیموروئید داخلی تا زمانیکه به ترومبوز معروض نگردد با T. R قابل جس نمی باشد .

پروکتوسکوپی - در این معاینه پروکتوسکوپ الی انتها داخل کانال مقعدی شده و بعد از دور نمودن ماندرن (obturator) آن پروکتوسکوپ تدریجاه خارج میگردد که در صورت موجودیت هیموروئید داخلی بداخل فوهه پروکتوسکوب یك تبارز در ناحیه انورکتل مشاهده میشود .

سیگموئید وسکوپی - باید در تمام وقایع هیموروئید به شکل محافظه کارانه و احتیاطی اجراء گردد .

اختـــــلاطات

۱ - نزف وافر - این اختلاط نادر نبوده و اکثراً در مرحله مقدم هیموروئید درجه دوم مشاهد ه میگردد . نزف معمولاً خارجی بوده لاکن میتواند بعد از ارجاع ورم باصوری به داخل کانال انال ادامه یافته و رکتم مملو از خون گردد .

۲ - اختناق -در این اختلاط یك ورم باصوری داخلی و اکثراًبعد از پرولاپس توسط معصره خارجی به اختناق معروض میگردد که در نتیجه مانع بازگشت وریدی شده و احتقان زیاد تر میگردد . اختناق زیاد تر در هیموروئید درجه دوم و سوم مشاهده شده و مترافق با درد زیاد میباشد که مریضان انرا بنام حمله حاد بواصیر یاد میکنند و در صورتیکه اختناق در ظرف ۱-۲ ساعت ارجاع نگردد باعث ترومبوز میگردد.

۳ - ترومبوز- ورم باصوری ترومبوزی دارای قوام سخت و رنگ بنفشوی تاریك یا سیاه بوده و مترافق با اذیمای حوافی مقعد میباشد . با ایجاد این اختلاط ، درد هیموروئید اختناقی کمتر شده لاکن حساسیت وجودارد .

٤ - تقرح (Ulceration) - این اختلاط اکثراً در هیمورئید اختناقی که به ترومبوز

معروض شده باشد مشاهده شده میتواند .

۵ - گانگرین - این اختلاط زمانی مشاهده میشود که در اثر اختناق ورم باصوری جریان شریانی مختل گردد . گانگرین معمولاً سطحی و موضعی بوده و گاه گاه تمام ورم باصوری به گانگرین معروض میگردد و باعث ایجاد یك قرحه میشود که تدریجاً التیام مییابد . نادراً گانگرین به غشای مــخاطی کانال انال و رکـتم تمادی پیدا کرده و باعث انتشار انتانات anaerobic و portal pyaemia میگردد.

۶ - استحاله لیفی (Fibrosis) - بعضاً به تعقیب ترومبوز هیمورروئید داخلی نسج فیبروز در آن بوجود امده که در ابتداء این هیمورروئید فیبروزی بدون سویق یا sessile بوده لاکن بعداً در اثر کشش مکرر در اثنای فعل تغوط سویق دار شده و باعث تولید یك پولیپ فیبروزی میگردد که این پولیپ دارای رنگ سفید بوده و از ادینوما که برنگ سرخ روشن میباشد به اسانی تشخیص تفریقی میگردد .

۷ - تقیح (Suppuration) - این اختلاط نادر بوده و در نتیجه منتن شدن هیمورروئید ترومبوزی بوجود میاید که باعث تورم ناحیه محیط مقعدی و درد بوصف نبضانی (thrombing) شده و ابسیه تحت المخاطی و یا محیط مقعدی را بوجود میاورد .

۸ - pylephlebitis (portal pyaemia) - یــکی از اســـباب مـــهم pylephlebitis و ابسیه کبدی ، هیمورروئید منتن بوده گرچه این اختلاط بعضاً مشاهده شده میتواند اما خوشبختانه نادر بوده و در مریضانی بوجود میاید که نزد شان هیمورروئید اختناقی تحت عملیه جراحی قرار گیرد .

اورام باصوری خارجی - هیمورروئید خارجی توسط ضفیره باصوری سفلی و مخصوصاً توسط شبکه وریدی که وجه خارجی معصره مقعدی را می پوشاند بوجود می اید . که در ابتداء به شکل یك بارزه کوچك در خط جلدی مخاطی انوس بوجود امده و به مرور زمان حجم ان اضافه شده و بطرف جلد عجان پیش میرود . رنگ ان سرخ بنفشوی بوده و در صورتیکه التهاب به ان ضمیمه شود اعراض ان زیاد و حجماء بزرگتر میگردد . اورام باصوری خارجی نیز مانند اورام باصوری داخلی اعراضی از قبیل درد ،سوزش ، خارش و نارامی ناحیه مقعدی داشته و در وقت نشتن دوامدار نزاید کسب مینماید . بعضاً اورام باصوری خارجی به ترومبوز

معروض شده و باعث درد شدید و انی میگردد همچنان ترومبوز میتواند بدون موجودیت ورم باصوری خارجی در اثر جهد و سرفه در ضفیره باصوری سفلی بصورت انی بوجود اید . و در صورتیکه محتوی هیموروئید ترومبوزی توسط یك شق شعاعی تحت انستیزی موضعی تداوی و خون علقه شده تخلیه گردد اعراض ان از بین رفته درد و اسپزم معصره رفع میگردد و هر گاه بحال خودش گذاشته شود خون علقه شده تدریجاً به نسج فیبروز تحول مینماید .

اورام باصوری مختلط - اینوع اورام باصوری کدام خصوصیت مهم از خود نشان ندآده و در حقیقت عبارت از اختلاط و یا یکجا شدن ورم باصوری داخلی با ورم باصوری خارجی است که در انصورت یك ورمی را تشکیل میدهد که بزرگ بوده و حدود علوی ان بخط Sinusa و حدود سفلی ان تا جلد محیط مقعد میرسد .

تـــــــــداوی

قبل از آغاز تداوی لازم است احتمال وجود هرگونه اسباب مساعد کنند ه مرض و یا افت دیگر مخصوصاً کارسینومای رکتم رد گردد.

۱ - تداوی محفظه کارانه - گرفتن غذاهای مایع غیر مخرش و سریع الهضم ، رفع قبضیت توسط ادویه مسهل و ملین ، حرکت جسمی و کم نشستن بالای چوکی ، جمناستیك و گرفتن حمام های مقعدی سرد ، در مراحل ابتدائی اورام باصوری از درد ، اعراض و پیشرفت مرض تا اندازه جلوگیری کرده میتواند . همچنان تداوی محافظه کارانه در هیموروئید اختناقی و ترومبوزی نیز استطباب داشته که در اینصورت پاهای بستر مریض بلند شده و از حرکت زیاد مریض جلوگیری شده و برای تسکین درد مورفین توصیه میشود همچنان درد با تطبیقات گرم یا کامپرس های مرطوب با اب سرد تسکین شده که در اکثر مریضان هیموروئید ترومبوزی به فیبروز تحول کرده و بصورت بنفسیه بهبود میبابد و بقایای هیموروئید یا tag های فیبروزی تحت عمله جراحی (excision) قرار گرقته میتواند باید گفت که در گذشته در مرحله انتانی و حاد مرض نسبت بروز portal pyaemia عمل جراحی صورت نگرفته ولی امروز اکثر جراحان نزد این مریضان عمل هیموروئید یکتومي را انجام می دهند .

۲ - تداوی زرقی - اینوع تداوی در هیموروئید درجه یك و دو توصیه شده و هیچوقت در

اورام باصوری پیشرفته و مخصوصاً التهابی تطبیق نشود در این تداوی بمقدار ۲-۳ ملی لیتر محلول فینول ۵ ٪ در روغن بادام به حیث یك ماده sclerosant در محیط اورده در تحت مخاط زرق شده این زرق چون در قسمت علوی کانال انال اجرا میگردد بناً بدون درد بوده و ممکن یك یا چند زرق مکرر در فاصله هر ماه ایجاب نماید همچنان ازین تداوی میتوانیم در مریضان منتن و انهائیکه تداوی جراحی را تحمل کرده نمیتوانند به حیث تداوی palliative یا تسکین دهنده استفاده کرد .

۳ - عملیه Lord (Lord,s procedure) - توسیع معصره مقعدی تحت انستیزی عمومی توسط انگشتان معمولاً باعث بهبود هیموروئید درجه و دو سه می گردد .

تـــــــداوی جراحی

تداوی جراحی تا هنوز هم یك وسیله خوب شفای مرض محسوب شده و در هیمورروئید درجه سه ، هیمورروئید درجه دو که با تداوی غیر جراحی بهبود کسب نکرده هیمورروئید فیبروزی و شکل mixed مرض استطباب دارد .

ساده ترین طریقه تداوی جراحی بعد از اماده کردن مریض عبارت از لیگاتور یا بسته نمودن ورم باصوری است . طریقه دیگر عبارت از برداشتن یا excision میباشد طریقه سوم عبارت از بسته نمودن و برداشتن اورام باصوری یعنی اختلاط هرد و عملیه فوق میباشد . طریقه چهارم عبارت از برداشتن تمام غشای مخاطی کانال انال بصـــورت حلقوی بوده که بنام اصول White head یاد میگردد این طریقه گرچه جذری به نظر میرسد اما طریقه تداوی جراحی فزیولوژی نبوده زیرا در این طریقه غشای مخاطی انوس که حساسیت ان در تنظیم فعل تغوط رول مهم دارد برداشته شده و علاوتاً چون غشای مخاطی بصورت حلقوی برداشته میشود بعضاً سبب تشکل ندبه حلقوی و تضیق انوس شده میتواند و مریضانیکه به این میتود عملیات شده اند رطوبت مقعدی نزد شان مشاهده شده والبسه مریضان را ملوس میسازد .

اختلاطات بعد از عملیات

این اختلاطات میتواند مقدم و یا موخر باشد:

اختلاطات مقدم

۱- درد که ایجاب تطبیق مکرر pethidine و xylocaine را مینماید.

۲- احتباس حاد ادرار - این اختلاط ناشی از ناراحتی حاد ناحیه انال به تعقیب عملیات جراحی بوده و در مریضان ذکور زیاد* مشاهده شده و موجودیت تیوب ویا گاز به داخل مقعد حادثه را تشدید مینماید. قبل از تطبیق کتیتر به مریض اطمینان داده شود و انالجزیك تطبیق و اجازه داده شود تا در کنار بستر خویش به تنهائی ایستاده ویا به حمام گرم برده شده تا ادرار نماید.

۳ - نزف - نزف بعد از عملیات ممکن ازنوع عکس العملی باشد (reactionary) که اکثراً در شب عملیات مشاهده شده و یا اینکه نزف ثانوی میباشد و در روز ۷ - ۸ بعدا ز عملیات بوجود می آید. در صورتیکه منشه نزف در فوق معصره باشد ممکن نزف از بیرون و خارج مشاهده نشود در حالیکه خون رکتم و کولون را مملو ساخته و صرف مقدار کم نزف به خارج نفوذ و ظاهر گردد.

تداوی عمومی در صورت وخیم بودن نزف عبارت از تطبیق خون میباشد و توجه به وضع عمومی مریض وخامت نزف را نشان داده که نبض بیشتراز ۱۰۰ فی دقیقه و فشار خون پائین تراز ۱۰۰ ملی متر سیماب دلالت به نزف وخیم مینماید . تداوی موضعی تحت انستیزی عمومی در اطاق عملیات صورت گرفته و رکتم با محلول سیروم فزیولوژیك گرم شستشو و علقات خون تخلیه میگردد در خون ریزی های عکس العملی بعضاً محل نزف دریافت و لیگاتور شده و در بیشتر مریضان نزف در ساحهء عملیاتی به شکل oozing بوده که برای جلوگیری از آن گاز رویك تیوب رابری پیچانده شده و بداخل کانال انال گذاشته میشود و بدینترتیب نزف متوقف و خون باقی مانده و گاز از طریق تیوب خارج میگردد.

اختلاطات موخر

۱ - تضیق مقعدی - این اختلاط زمانی مشاهده میشود که جلد و مخاط بیش از حد برداشته شود بناءً جهت جلو گیری از این اختلاط باید پل اپیتیلیوم بین هیموروئید برداشته شده ، گذاشته شود.

۲ - فیسور انال و ابسه های تحت المخاطی ممکن مشاهده شود.

فیسور انال
(Anal fissure)

تعریف - فیسور انال عبارت از یك انشقاق ویا قرحه طویل در امتداد محور طولانی قسمت سفلی کانال انال است.

موقعیت یا Location - فیسور انال در ۹۰ ٪ وقایع در ملتقای خلفی در ۹٪ وقایع در ملتقای قدامی و در ۱٪ وقایع در جنب قرار داشته می باشد . علت اینکه فیسور انال اکثراً در ملتقای خلفی مشاهده میشود بصورت مکمل فهمیده نشده اما بعضی ازمولفین مانند Lockhart Mummer سبب بوجود آمدن فیسور انال را در ملتقای خلفی و قدامی مربوط خصوصیت اناتومیك این نواحی دانسته و این مولف عقیده دارد که میان معصره داخلی و خارجی تحت الجلدی در حذای ملتقای قدامی و خلفی فاصله های مثلثی شکل باقی مانده زیرا معصره داخلی کاملاً ساختمان دایروی داشته در حالیکه معصره خارجی تحت الجلدی مغزلی شکل است این نوحی مثلث الشکل در حقیقت نقاط ضعیف را در اثنای فعل تغوط و توسع معصره میسازد. همچنان مولفین دیگردر موارد کثرت وقوعات فیسور انال در حذای ملتقای خلفی چنین نظر دارند که عبور مواد غایطه سخت زیادتر باعث ترضیض انساج خلف کانال انال از باعث خصوصیت اناتومیك این ناحیه شده و زمینه را برای تولید فیسور انال مساعد میسازد.

فیسور انال در حذای ملتقای قدامی زیاد تر درخانم ها و مخصوصاً انهائیکه ولادت نموده اند مشاهده شده که علت آن ماوف شدن غشای مخاطی مقعد در اثر ترضیض زمین حوصله و عجان میباشد.

اسباب - اسباب مرض مغلق بوده و عموماً در جوانها و مخصوصاً آنهائیکه قبضیت دایمی دارند و از این سبب از مسهلات بصورت دوامدار استفاده مینمایند مشاهده می شود. گرفتن مسهلات بصورت متکرر و موجودیت بعضی از امراض مانند بواصیر، papilitis سبب تناقص ارتجاعیت معصره مقعدی شده و عبور ماده غایطه سخت از این طور یك معصره ایکه

معاینات خصوصی و متممه

۱ - رادیو گرافی معده با مواد کثیفه (Barium meal) - که از جمله مهم ترین معاینات خصوصی بوده و دراین معاینه قرحات معدوی اثناعشری دارای اوصاف ذیل میباشد:

خیال Niche درانحنی صغیر که اکثراً علوی تر از Incisura معده مشاهده شده و مترافق با یك فرورفتگی از باعث تشنج در انحنی کبیر معده می باشد ممکن خیال باریوم در معده خالی نیز در فرورفتگی قرحه مشاهده شود . حرکت استداری معده نارمل بنظر رسیده لاکن در مجاورت قرحه التوات مخاطی معوج میباشد.

قرحات اثناعشر اکثراً مترافق با یك معده زیاد متحرك بزرگ که التوات مخاطی ان ضخیم است بوده بصله اثناعشر سوء شکل داشته و با جس حساس میباشد . ممکن فرورفتگی قرحه در کلیشه مشاهده شود و هر گاه تضیق موجود باشد در کلیشه رادیوگرافی ازدیاد مایع رکودتی ، توسع معده ، تضیق شدید قطعه اول اثناعشر و تاخیر در تخلیه معده الی شش ساعت ویا بیشتتر ازان مشاهده میشود.

۲ - گاستروسکوپی - دستگاه های جدید Fibre- optic این امکانات را میسر ساخته تا مری ، معده و اثناعشر را دریك مریض بیدار و تسکین توسط ادویه ، بدون خطر معاینه کرد با این معاینه نه تنها قرحه تشخیص شده بلکه در واقعات آفات معدوی بیوپسی نیز گرفته شده تا تشخیص تفریقی بین قرحات سلیم و خبیث نیز صورت گیرد.

۳ - معاینه خون مخفی (Occult blood) در مواد غایطه که اکثراً مثبت است

٤ - معاینه خون - که پائین بودن هیموگلوبین دلالت به ضیاع مزمن خون می نماید.

تداوی قرحات پیپتیك

تداوی قرحات پیپتیك در مرحله اوّل طبی بوده و تداوی جراحی زمانی استطباب دارد که قرحه به اختلاط معروض گردد و این اختلاطات عبارتند از مزمن شدن قرحه، تعند مقابل تداوی طبی ، تثقب ، نزف ، تضیق و در قرحات معدوی تحول قرحه به خباثت که بعداً مطالعه خواهد شد.

ارتجاعیت خویشرا از دست داده باشد سبب تولید یك جرحه در حذای یکی از اتلام شعاعی کانال انال میگردد.

بعضی ا ز اسباب فیسور انال معین بوده و عبارت اند از:

۱ - اجرای عملیات هیمور وئید بصورت نادرست که در آن جلد زیاد برداشته شده و این حادثه باعث تضیق مقعدی و پاره شدن نسج ندبی در اثنای عبور مواد غایطه میگردد.

۲ - امراض التهابی امعاء مانند کولیتیس ومرض کرون .

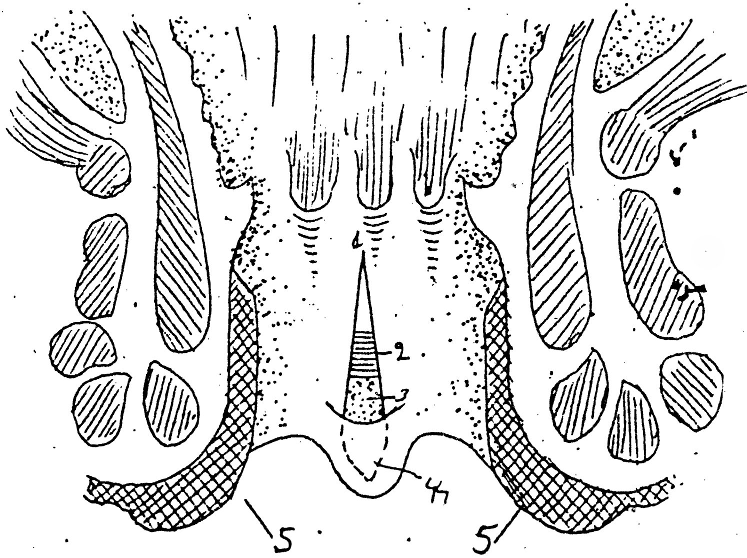
۳ - انتانات زهروی یا Venereal .

پتـــــولوژی

فیسور انال به شکل حاد ویا مزمن بوده و نهایت علوی آن در حذای خط dentate توقف مینماید . چون این آفت در حذای اپیتیلیوم حساس نصف سفلی کانال انال موقعیت دارد بناءً درد از جمله اعراض مهم مرض میباشد.

فیسور انال حاد - فیسور انال حاد عبارت از یك قرحه عمیق در جلد حافه مقعدی است که بطرف داخل کانال انال تمادی دارد در حافه فیسور اذیماء و التهاب خفیف موجود بوده ومترافق با اسپزم معصره مقعدی میباشد.

فیسور انال مزمن - فیسور انال مزمن با حوافی سخت التهابی وصفی بوده و قاعده آن از نسج ندبی و یا حافه سفلی معصره داخلی تشکیل شده است . قرحه شکل کاج مانند داشته و در نهایت سفلی آن اکثراً یك Tag جلدی اذیمائی موجود میباشد . و چون این Tag فیسور را محافظه مینماید بناءً بنام Sentinel pile یاد میگردد ممکن اسپزم عضله غیر ارادی معصره داخلی نیز موجود باشد و در اشکال پیشرفته مرض از باعث ارتشاح انساج لیفی این عضله بصورت اورگانیك متقلص میگردد. فیسور میتواند به انتان معروض و در نتیجه باعث تشکیل ابسه و فیستول جلدی شود. فیستول انال مزمن میتواند در اثر یکتعداد عوامل مخصوص بوجودآیدکه اینهااکثراً انتانات گرانولوما توز از قبیل مرض کرون و سفلیس میباشد بناً در تمام وقایع فیسور انال مزمن معاینه انساج برداشته شده در اثنای عملیات توصیه میشود این اشکال مخصوص فیسور نظربه سایر اشکال سریری خویش کمتر دردناك میباشد .



شکل «٤٢» فیسور انال در حذای ملتقای خلفی مقعد

تظاهرات سریری

مرض عموماً در جوانها و زیاد تر در خانم ها مشاهده شده و در اشخاص مسن نسبت اتونِی عضلی غیر معمول میباشد فیسور انال در اطفال نادر نبوده و حتی بعضاً در اطفال شیر خوار نیز مشاهده شده و باعث میگاکولون کسبی شده میتواند .

درد - یکی از اعراض مهم مرض بوده درد وصف جرحه قاطعه و یا آهن گداخته را داشته و در اثنای فعل تغوط بوجود میاید و یك ساعت یا بیشتر از ان دوام کرده با الاخره خفیف و یا خاموش میگردد و مریض تا زمان فعل تغوط بعدی ارام میباشد . در جریان مریضی دوره های صلاح و شفایابی برای چند روز یا هفته مشاهده شده و مریض حالت قبضیت را نظر به فعل تغوط درد ناك ترجیح میدهد که بدین ترتیب ترس از فعل تغوط سبب اضافه شدن قبضیت و سخت شدن مواد غایطه شده و تغوط را هنوز مشکل تر و درد ناك ترمیسازد .

نزف - نزف در فیسور انال اکثراً خفیف و جزئی بوده و به شکل یك خط روشن روی مواد غایطه و یا کاغذ تشناب مشاهده میشود .

افرازت (discharge) درواقعات کاملاً تاسس یافته مرض ، افرازات به شکل خفیف

مشاهده شده میتواند .

در معاینه مریض را وضعیت نسائی داده و در حالیکه بارزات الیوی از هم دور میگردد اتلام شعاعی فوهه مقعدی یکایك معاینه شده و در شکل مزمن مرض مشاهده یك التواء جلدی (Sentinel tag) روی خط متوسط در حذای ملتقای قدامی و یا متوسط خلفی ما را به تشخیص نزد یك ساخته موجودیت Sentinel tag باتاریخچه وصفی مرض و بسته بودن فوهه مقعدی بصورت محکم از اعراض pathognomonic فیسور انال میباشد .

چون معاینه مقعدی نزد مریضان فیسور انال باعث تشدید درد میگردد بناً در اجراء این معاینه کوشش نشود مگر اینکه فیسور انال مشاهده نشود و یا اینکه احتمال موجودیت امراض داخل رکتم ایجاب این معاینه را نماید . که در اینصـــورت تطبیق انستـیتیك موضعی (Xylocaine 5 %) برای مدت ٥ دقیقه امکانات معاینه را مهیاً میسازد . در اشکال مقدم مرض حافه فیسور قابل جس نبوده ولی در اشکال مزمن مرض یك فرورفتگی وصفی قابل جس میباشد .

تشخیص تفریقی

١ - با کارسینومای مقعد - که در مراحل مقدم خویش مشابه فیسور انال بوده اما قوام ان سخت و از سویه غشای مخاطی متبارز میباشد و هیچوقت مانند فیسور انال به شکل یك انشقاق طولانی مشاهده نمی شود و در صورت مشکوك بودن بیوپسی اخذ و به پتولوژی ارسال گردد .

٢ - با فیسور های متعدد (multiple fissure) - که اکثراًبه قسم یك اختلاط امراض جلدی ، خارش و امراض التهابی امعاء در جلد محیط مقعد مشاهده شده همچنان عمل homosexual و امراض زهروی باعث قرحات متعدد در هر دو جنس شده میتواند.

٣- با شانکر مقعدی (Anal chancre) که رو به ازدیاد بوده و اکثراء درد ناك و مترافق با ضخامه عقدات لنفاوی میباشد . افرازات مصلی ان حاوی spirochaete ها بوده و تشخیص قطعی توسط معاینه مستقیم ژرم در ساحه تاریك و سیرولوژی صورت میگیرد و باید گفت که نزد تمام مریضان امراض زهروی مقعد و homosexul باید معاینات

سیرولوژیك از نظر HIV و در یافت AIDS صورت گیرد .

٤- با قرحات توبرکلوزیك - که اکثراً تالی بوده و دارای منظره جعرافیائی و حوافی غیر معین میباشد شکل طولانی داشته و اکثراً در جدار های جنبی کانال انال مشاهده می شود و در اشکال پیشرفته تا جلد ناحیه عجان پیش میرود و بیوپسی تشخیص قطعی را وضع می نماید .

٥- با -Proctalgia fugax - که باعث درد های شدید حملوی میگردد.

تــــــــــداوی

فیسور انال اکثراً دارای درد شدید بوده بناً مریض جهت تسکین درد بصورت مقدم و با فیسور انال حاد نزد طبیب مراجعه مینماید . هدف تداوی فیسور انال حاد ایجاد استرخاء تام معصره داخلی بوده تا با از بین رفتن اسپزم تدریجاً فیسور ترمیم گردد.

تداوی محافظه کارانه - در وقایع فیسور انال حاد و سطحی که التهاب جزئی باشد تداوی محافظه کارانهء ساده اکثراً باعث تسکین درد و تداوی شده که به این منظور بعد از انستیزی کانال انال و استرخاء معصره توسط ٪ 5 Xylocaine اولاً نزد مریض T. R اجراء و به تعقیب آن dilator کوچك داخل فوهه مقعدی میگردد. این عمل توسط مریض روزانه دو مرتبه الی یك ماه اجرا شده و در طول این مدت اکثراً فیسور انال ترمیم میگردد همچنان جهت رفع قبضیت از مسهلات (Laxative) که باعث نرم شدن زیاد مواد غایطه نشود استفاده میشود.

تداوی جـــراحی

ساده ترین عملیه جراجی در تداوی فیسور انال عبارت از توسیع معصره مقعدی است که انگشت اندکس و متوسط هردو دست داخل فوهه مقعدی شده و معصره توسیع داده میشود و مریض میتواند در همان روز به خانه برود اما برایش فهمانده میشود که ممکن برای یك هفته الی ده روز نزد ش incontenance غایطی مشاهده شود .

در صورتیکه تداوی فوق موثر واقع نشود و یا فیسور مزمن و مترافق با فیبروز ، tag جلدی و پولیپ مخاطی باشد در اینصورت تداوی جراحی تحت انستیزی عمومی و بعضاً انستیزی موضعی و یا caudal انستیزی توصیه می شود.

۱ -Notaras) spinc terotomy)- در این عملیات معصره داخلی مقعد دور تر از فیسسور قطع شده که این تداوی در فیسور انال حاد نظر به مزمن دارای نتایج خوب میباشد و ترمیم در ظرف سه هفته اکثراً تکمیل میگردد ۷۵٪ فیسور انال برای تداوی با این میتود مساعد بوده و مریض میتواند در ظرف ۳ - ٤ روز شفاخانه را ترک نماید باید گفت که این عملیات تحت انستیزی موضعی توسط یك جراح ماهر در خارج شفاخانه نیز اجراء شده میتواند.

۲ - Dorsal fissurectomy and sphincterotomy - قسمت اساسی این عملیات عبارت از قطع الیاف مستعرض معصره داخلی در زمین فیسور میباشد و در صورتیکه sentinel pile موجود باشد برداشته شود که بدین ترتیب نهایات عضله قطع شده تقلص کرده و یك جرحه هموار باقی میماند و تداوی بعدی شامل مراقبت امعاء ، حمام های روزانه و تطبیق dilator معقدی الی ترمیم جرحه میباشد. نتیجه این عملیات خوب بوده و درد کم و جزئی میباشد و نقص آن ترمیم آفت در یك مدت طولانی میباشد . (سه هفته ویا زیاد تر از آن) و بعضاً افرازات مخاطی جزئی بصورت دوامدار مشاهده میشود باید گفت که این عملیات صرف برای وقایع زیاد مزمن نکس کننده حفظ شده در حالیکه اکثر وقایع فیسور انال توسط sphincterotomy جنبی تداوی می شود.

فیستول های انور کتل

تعریف - فیستول عبارت از یك مجرای غیر طبعی است که دو عضو مجوف را با هم و یا یك عضو مجوف را با جلد ارتباط میدهد و فیستول های که در نواحی انور کتل بوجود می آید به نام ناحیه مربوطه یاد می شود.

Sinus یا سینوس یك مجرای است که توسط نسج حبیبی فرش شده و منبع انتان را با سطح جلد ارتباط میدهد.

بصورت عموم فیستولها بدو نوع یعنی فیستول های انبوبی و شفوی تقسیم میگردد. فیستول های انبوبی که فیستولهای انور کتل نیز در این جمله شامل میباشد عبارت از فیستولهای اند که سطح داخلی مجرای شان توسط نسج حبیبی (granulation) فرش شده و در سطح با خارج یا جلد محیط مقعد و عمیقاً با کانال انال و یا رکتم ارتباط دارد . بصورت عموم این فیستولها بعد از یك ابسه انورکتل که بصورت ناکافی و یا بنفسه درنیناژ شده بوجود آمده و ناثابت میباشد یعنی بمرور زمان بعضی از قسمت های مجرای فیستول بصورت بنفسه التیام یافته و بعد از تجمع قیح در قسمت های عمیق سبب یك حجمه حاد التهابی شده یا مجرای سابقه را دوباره باز مینماید و یا اینکه یك مجرای دومی را بوجود می آورد.

فیستول های شفوی ثابت (Stable) بوده و خیلی کوتاه میباشد و مخاط دو عضو مجوف را باهم ارتباط میدهد مانند کیسهء صفراء و اثناعشر یا کولون ویا مهبل و مثانه.

وقوع مرض

این مرض عموماً در سنین جوانی (سن لنفاتیك) زیاد مشاهده شده و وقوعات آن در سن ۳۰ سالگی زیاد بوده و حتی تا سن ۵۰ سالگی نیز مشاهده میشود. و مرد ها نظر به خانم ها بیشتر مصاب میگردد.

عوامل و اسباب

بسیاری از امراض انور کتل به حیث اسباب تولیدکننده فیستولهای انورکتل شناخته شده مثلاً ابسه های محیط مقعدی، پروکتیتیس ، بواصیر ، فیسور انال و غیره ، سبب اصلی یك فیستول انال تقریباً همیشه یك ابسه است که منشه خود را از یك غده تحت مخاطی (Crypt mrogagni)که بداخل کانال انال باز میگردد می گیرد. عامل انتانی فیسستول انال اکثراً کوکهای عادی بوده نادراً ممکن است فیستول انال از باعث توبر کلوز ، مرض کرون ، ulcer-ative colitis و کارسینومای رکتم نیز بوجود آید.

تصنـــــیف

نظر به سیر و موقعیت فیستول انال قرار ذیل تصنیف شده است :

۱ - فیستول های تام - عبارت از فیستول های اند که دو فوهه داشته اغلباً یکی آن در جلد و دیگر ان داخل غشای مخاطی انور کتل باز شده است.

۲ - فیستول های ناتام - که یك فوهه دخول داشته و نهایت دیگر آن در میان اقسام رخوه مستور گردیده است. فوهه دخول این نوع فیستول ها میتواند در جلد ویا در غشای مخاطی کانال انال موجود باشد.

فیستول های انال نظر به تعداد خویش نیز به فیستولهای واحد و متعدد تقسیم شده است فیستولهاي متعدد میتواند چند عدد فیستول جداگانه را تشکیل بدهد و یا انکه توسط یك تعداد قنوات اشتراکی با هم مربوط گردد.

تصنیف اناتومیك فیستول های انور کتل قرار ذیل میباشد:

۱ - فیستولهای تحت الجلدی (sub cutaneous).

۲ - فیستول های تحت المخاطی (submucous).

۳ - فیستول های انال سفلی (low anal F.).

٤ - فیستول های انال علوی (high anal F.).

۵ - فیستول های انور کتل یا Pelvi- rectal.

۱ - فیستول های تحت الجلدی - این نوع فیستولها در تحت جلد ناحیه perineal قرار داشته و منشه خود را از یك کریپت ویا فیسور گرفته و میتواند تام ویا ناتام باشد عموماً سیر مستقیم داشته سند پروب بدون مشکل مجرای آنرا عبور مینماید وفوهه جلدی آن هیچوقت بیشتراز ۳ سانتی متراز فوهه خارجی انوس فاصله ندارد.

۲ - فیستول های تحت المخاطی - این نوع فیستولها اغلباً منشه خود را از ورم باصوری منتن گرفته و فوهه داخلی آن در قسمت های علوی کانال انال قرار داشته و میتواند تام ویا ناتام باشد در این نوع فیستول ها از خارج در ناحیه عجان کدام علامه مرضی مشاهده نشده و مسیر آن در تحت مخاط میتواند مستقیم ویا منشعب باشد و مریضان از آمدن قیح از طریق مقعدی شکایت داشته و تشخیص توسط انوسکوپی وضع میگردد.

۳ - فیستول های انال سفلی یا سطحی (Low anal fistula) - فیستولهای اند که بداخل کانال انال پائین تر از حلقهء انور کتل باز میگردد.

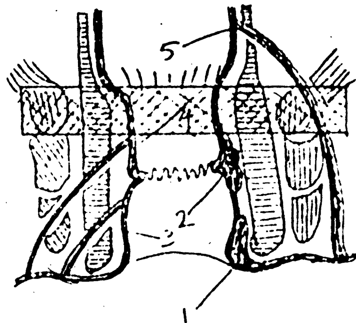
٤ - فیستول های انال علوی یا عمیق (.High anal F) - فیستولهای اند که بداخل کانال انال در حذای حلقه انور کتل و یا علوی تر از آن باز میگردد.

٥ - فیستولهای انورکتل - فیستول هایی اندکه در فوق ناحیه انور کتل قرار دارد خوشبختانه این نوع فیستول ها نادر میباشد و منشه خود را اکثراً از ابسه های Pelvi - rectal میگیرد. بر علاوه این تصنیف اناتومیك ، مولف park فیستول های انور کتل را نظر به معصره مقعدی قرار ذیل تصنیف نموده است:

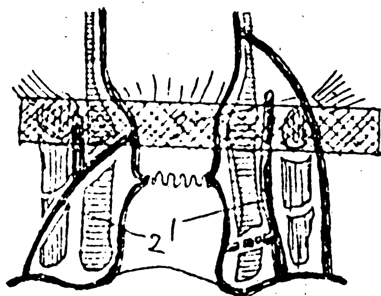
۱ - فیستولهاي Intersphincteric - که در بین معصره داخلی و خارجی قرار دارند.

۲ - فیستول هايTrnassphincteric - که میتواند سطحی و یا عمیق باشدو این نوع فیستول ها در سیر خویش ضخامت معصره را عبور مینماید.

۳ - فیستول های Supralevator - که در خارج معصرهء مقعدی و در فوق عضله رافعه شرج قرار دارد.



تصنیف ستندرد -
۱ - تحت الجلدی.
۲ - تحت المخاطی.
۳ - Low anal.
٤ - High anal.
٥ - Pelvi-rectal.



تصنیف parks -
۱ - Intersphincteric
۲ - Transsphincteric
(که میتواند سطحی و یا عمیق باشد)
۳ - Supralevator

شکل «٤۳» انواع فیستول مقعدی

تصنیف فیستول های انور کتل به فیستولهاي Low analو High anal از نظر میتود تداوی اهمیت داشته زیرا فیستولهای نوعLow anal را میتوانیم بدون ماوف شدن شریط انور کتل وخطر incontinence شق و باز بگذاریم در حالیکه فیستولهای نوع High anal باید مرحله به مرحله و بعضاً با اجرای colostomy جهت جلوگیری ازاختلاطات انتانی و کوتاهی مدت ترمیم بین مراحل عملیات تداوی شود در تصنیف نوع ستاندرد ، فیستولهای نوع انال فوقانی (high anal) و pelvirectal هردو از جمله فیستول های علوی یا High fistula بوده در حالیکه در تصیفpark فیستولهای transsphnicteric علوی و فیستول های Supralevator از جمله فیستول های علوی به شمار میرود و فیستولهای intersphincteric نظربه اینکه فوهه داخلی آن در کدام ناحیه کانال انال قرار دارد به همان گروپ تصنیف میگردد.

تظاهرات سریری

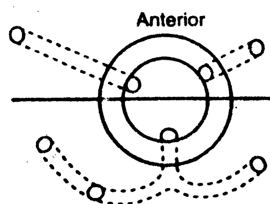
عرض اساسی فیستولهای انور کتل عبارت از افرازات مصلی قیحی است که باعث تخریش جلد مجاور وملوس شـدن البسه مریض میگردد . تاریخـچه مرض اکثراً طولانی بوده و درد موجود نمیباشد . لاکـن اگر فوهـه خارجی فیسـتول مسدود گردد افرازت قیحی در قسمت علوی تجمع و باعث تولید درد شده تا اینکه این افرازات به خارج باز و تخلیه گردد . فوهه، خارجی فیستول معمولاً یك عدد بوده و از مقعد ۳.۷۵ سانتی متر فاصله دارد. و ذر فوهه خارجی آن نسج گرانولیشن قابل مشاهده میباسد . بعضاً قسمت سطحی مجرای فیستول التیام یافته و بعد ازتجمع قیح باعث تشکل آبسه شده و از طریق فوهه قبلی و یا جدید باز میگردد بناءً فوهه خارجی میتواند دو عدد و یا بیشتر ازان نیز باشد. واکثراً با هم یکجا بطرف راست و یا چپ خط متوسط مشاهده شد لاکن بصورت نادر زمانیکه هر دو Fossa ischiorectalمصاب آفت شدو یك ، یك فوهه به هر دو طرف خط متوسط موجود بوده که اکثراً با هم ارباط دارند و قانوناً در اطراف فیستول ارتشاح و تصلب زیاد جلد و نسج حجروی تحت الجلدی موجود میباشد.

قانون Goodsall (Goodsall's rule) - این قانون چنین حکم مینماید که

هرگاه مریض وضعیت نسائی داشته و خط مستعرض از وسط مقعد کشیده شود فیستول های که فوهه خارجی آن در نصف قدامی این خط قرار دارد دارای مجرای مستقیم بوده در حالیکه هرگاه فوهات خارجی آنها درنصف خلفی این خط قرار داشته باشد اکثراً دارای مجرای منحنی الشکل بوده و در قسمت خلفی مقعد در حذای خط متوسط باز میگردد. (شکل ٤٤).

بخاطر باشد که فیستول های نوع اخیر زیاد شیوع داشته و ممکن از نوع نعل اسپ مانند(horse shoe) باشد و فیستول های که توضع خلفی دارند ممکن فوهه خارجی آنها متعدد باشد در حالیکه فوهه داخلی اکثراً واحد میباشد.

با معاینه توسط انگشت (T.R)بعضاً فوهه داخلی فیستول به قسم یك نودول در جدار کانال انال جس شده و بدون در نظر داشت فوهه خارجی فیستول فوهه داخلی آن اکثراً یك عدد میباشد.



شکل «٤٤» | قانون Goodsall

پروکتوسکوپی - این معاینه بعضاً فوهه داخلی فیستول را آشکار ساخته و موجودیت hypertrophied papilla نشان دهندهء فوهه داخلی فیستول در بین کریپت مربوطه آن میباشد.

معاینه توسط سند probe (Probing) - معاینه فیستول توسط سند در شفاخانه و یا معاینه خانه شخصی در سابق زیاد معمول بوده اما اجرای این معاینه علاوه بر اینکه مفید نمی باشد میتواند باعث تولید درد، فعال شدن انتانات خاموش و مغلق شدن بیشتر آفت نسبت تولید راه کاذب شود بناءً بهتر است این معاینه بعداً در اطاق عملیات تحت انستیزی عمومی اجراء شود.

زرق Lipiodol و دیگرمواد رادیو اوپك در مجرای فیستول قبل از رادیو گرافی کمتر

اساسات و پرنسیپ های تداوی طبی

هدف از این تداوی عبارت از تنقیص افرازات اسید توسط ادویه انتی کولی نرژیك مانند probanthine یا خنثی نمودن آن توسط انتی اسید ها و مواد قلوی به منظور تسکین درد و کمك به شفا یابی طبعی قرحه که از خواص قرحات پیپتیك است می باشد.

فرازات اسید معده را می توانیم توسط نهی کننده رسپتور H2 هستامین یعنی Histamin H_2-Receptor antagonist (Ranitidine و Cimetidine) یا ادویه جدید تر H⁺K⁺AT Pase Pump inhibitor (Omeprazole) تنقیص داد که دوای خیرالذکر مانع فعالیت انزایم مذکور که مرحله اخیری افراز اسید معدوی را وساطت مینماید میگردد تمام این ادویه ها باعث تنقیص سریع افراز اسید شده و درظرف ۱ - ۲ ماه تعداد زیاد قرحات التیام می یابد و چون قطع ادویه باعث نکس و عود قرحه شده بناءً باید ادویه برای یك مدت زیاد کاملاً قطع نگردد.

قرحات که مقابل تداوی فوق تعند می نمایند و در وقایع که انتان (Helicobacter) دریافت شود از بین بردن انتان توسط (Metronidazle) برای مدت شش هفته یا بسموت کلوئیدل التیام قرحه را کمك مینماید.

Prostaglandins سینتیتیك دوائی است که خاصه التیام دهنده قرحه راداشته واین نوع تداوی اساساً بمنظورجلوگیری ازقرحات پیپتیك درمریضانی که ادویه ضد التهابی غیر ستروئید را اخذمینمایند وبالخصوص آنهائیکه نزدشان تاریخچه قبلی قرحه پیپتیك ویا نزف موجود بوده وازمستحضرات ترکیبی پروستاگلاندین مانند(misoprostol)استفاده میکردندبکار میرود.

مطالعات کنترولی نشان داده که محدودیت مواد غذایی در تداوی قرحات پیپتیك ارزش کم داشته ولی جلوگیری ازمنبهات شدید معدوی ، استراحت ، تسکین و آرامش خیال ، منع استعمال سگرت و دخانیات و رفع حالت اضطراب در تداوی موثر می باشد.

مریضانیکه برای مدت طولانی تحت تداوی طبی قرار دارند ممکن نزد شان سه حادثه ذیل مشاهده شود:

-حالت(Anxiety neurosis) که دراینصورت مریضان همیشه نگران معده خویش میباشند.

توصیه شده زیرا میتواند باعث عود التهاب شود . التراسونوگرافی نیز بمنظور نشان دادن فیستول های مغلق بکار میرود.
رادیو گرافی - رادیو گرافی صدر بمنظور تشخیص توبرکلوز ریوی اجراء گردد گرچه مرض در یکتعداد کم مریضان اسیائی مصاب فیستول انال مشاهده میشود.

تشخیص تفریقی

مرض باید با تمام امراض که باعث تولید فیستول در ناحیه مربوطه میگردد تشخیص تفریقی شود مانندActinomycosis ،توبرکلوز ، لمفوگرانولوما، teratoma مخصوصاً فیستولیزی و pilonidal sinus.

اختـــــلاطات

اختلاطات مرض مختلف بوده و عبارت اند از:
۱- Dermo-epidermitis.
۲ - تبدیل فیستول واحد به فیستول متعدد.
۳ - تحول به کارسینوما که در سیر فیستول های مزمن و دوامدار مشاهده شده میتواند.
٤ - تضیق و یا عدم اقتدار تام معصره - این اختلاط از باعث تشکل نسج تصلبی که باعث مشکلات در فعالیت و وظایف معصره میگردد بوجود میآید.

تـــــــداوی

۱ - تداوی وقایوی - در تداوی وقایوی باید آبسه های محیط مقعدی و سایر امراض این ناحیه که باعث تولید فیستول میگردد بصورت درست و اساسی تداوی گردد.
۲ - تداوی با زرق مواد Sclerosant - این تداوی که با زرق مواد Sclerosant در مسیر فیستول جهت تصلب والتیام ان صورت میگیرد ممکن در فیستول های تازه و ساده موثر باشد اما در فیستول های مزمن که مترافق با نسج تصلبی محیط فیستول می باشد نتائج آن خوب نمی باشد.

۳ – تداوی جراحی – تداوی جراحی فیستول های تحت جلدی و تحت المخاطی ساده بوده وبعد از آماده ساختن مریض و تعین موقعیت فیستول سندprobe در مجرای خارجی فیستول داخل و از فوهه داخلی آن خارج ساخته میشود . و فیستول ازیك نهایت الی نهایت دیگر ان طولاً قطع شده و جرحه باز گذاشته میشود.

تداوی فیستول های transsphincteric سطحی که یك قسمت از معصره را عبور مینماید نیز ساده بوده طوریکه سندprobe را از فوهه خارجی فیستول با احتیاط تام بدون تولید راه کاذب داخل و از فوهه داخلی عبور میدهیم و در صورت مشکل بودن دریافت فوهه داخلی فیستول از زرق methyline blueرقیق شده بداخل مجرای فیستول استفاده شده و بعد از عبور سند، قطعه خارج معصروی را با معصره خارجی تحت الجلدی که در دستگاه معصروی رول زیاد ندارد کاملاً برداشته و جرحه باز گذاشته میشود تا التیام نماید. در فیستول های transsphincteric عمیق نیز قطعه خارج معصروی با نسج تصلبی محیط فستول برداشته شده ولی معصره قطع نمی گردد. بلکه توسط یك تار ضخیم ویا رابر دور معصره حلقه زده شده و گره میگردد. و بدین ترتیب معصره در طول ۱ – ۲ هفته در حالیکه نهایات آن توسط نسج تصلبی تثیبت میگردد قطعه میشود.

تداوی فیستول هایpelvi-rectal و خارج معصروی عبارت از fistulectomy تام بوده و بعد از برداشتن فیستول جرحه باز گذاشته شده و کوشش شود تاجرحه از عمق به طرف سطح التیام یابد.

ابسی انورکتل

عمومیات – آفات التهابی حاد امعاء مستقیم و نسج محیط رکتم به کثرت تصادف شده و عادتاً به شدت سیر میکند. سبب کثرت وقوع حوادث التهابی این ناحیه را مربوط به عوامل مختلف میدانند یکی از این عوامل عبارتنداز موجودیت مقدار زیاد و انواع مختلف میکرو اورگنیزم های رکتم ، عامل دیگر عبارت از تناقص مقاومت نسج شحمی این ناحیه مقابل انتانات و نتاقص لمفوسیت ها و هستیوسیت ها در نسج منظم محیط مقعدی میباشد روی همین دلایل است که آفات التهابی این ناحیه نظربه نواحی دیگر عضویت تمایل زیاد به مزمن

شدن داشته و باعث اختلاطات که مهمترین آن تشکل فیستول میباشد میگردد بناءً ابسه های انور کتل و فیستول های انورکتل قسماً یك مبحث مشترك را میسازد.

باکترو لوژی

در باره عوامل میکروبی ابسی های انور کتل تحقیقات زیاد صورت گرفته و انواع مختلف ژرمها دریافت شده است ، چنانچه در ٦٠٪ وقایع در کلچر چرك این ابسی ها ژرم Escherichia coli در ۲۳٪ وقایع staphylococcus aureus ودر یك تعداد کم وقایع Bacteroides ، streptococcus و یا proteus روئیده است و در یك تعداد زیاد وقایع انتان به شکل مشترك موجود میباشد . در یك فیصدی زیاد که بعضی ها آنرا تا ۹۰٪ نیز ذکر نموده ابسی به شکل یك انتان غده مقعدی شروع میگردد و عوامل دیگر این ابسه ها ماوف شدن ونفوذ جدار رکتم توسط اجسام از قبیل استخوان ماهی ، انتقال انتان از طریق دموی ویا انتشار یك فورانکل جلدی میباشد. امراض رکتم از قبیل نیوپلازم و بالخصوص مرض کرون نیز سبب مرض شده میتواند بهمین ترتیب امراض وتشوشات عمومی مانند دیابیت ودراین اواخر AIDS ممکن با ابسی های انور کتل بصورت مترافق موجود باشد که در شکل اخیر ابسی های انور کتل معمولاً سیر ارتقائی را دارا میباشد.یك تعداد زیاد از ابسی‌های انورکتل درنهایت باعث تشکل فیستول مقعدی شده ازاین سبب مرض مذکور اهیمت زیاد کسب نموده علاوتاً انتی بیوتیك به غلظت کافی نتوانسته داخل جوف ابسی شود بناً در تداوی مرض انتی بیوتیك هابه تنهای موثر نمی باشد ودر صورتیکه در کلچر چرك ژرم های معائی بروید آبسیه مذکور بگمان اغلب درنهایت باعث تشکل فیستول میگردد. (Grace).

اعراض

اعراض سریری ابسی‌های انورکتل بدونوع یعنی اعراض عمومی وموضعی تقسیم میگردد.

اعراض عمومی شامل تب بوده که بعضاً شدید و گاهی مترافق با لرزه میباشد و در معاینه خون اکثراً لوکو سیتوز دریافت میگردد.

اعرا ض موضعی چون نظربه نوع ابسی کم و بیش از هم فرق دارد بناءً در مبحث مربوطه

آن مطالعه میگردد.

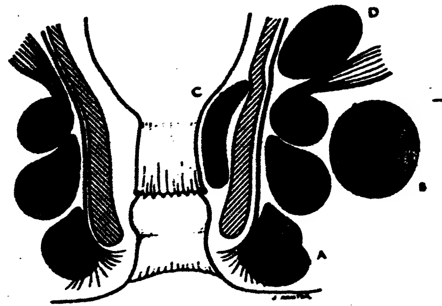
تشخیص تفریقی

ابسی های انور کتل میتواند با ابسی های pilonidal ، غده Bartholin وغدهء Cowper مغالطه شود که باید از هم تشخیص تفریقی شوند

تصنیف ابسی های انورکتل

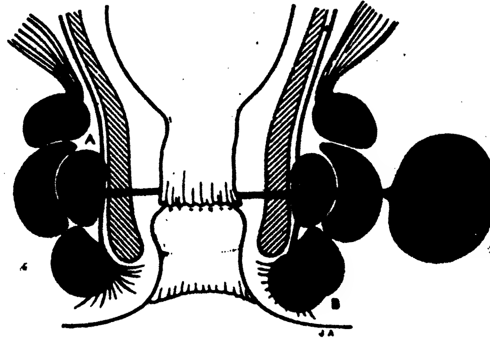
دانستن بهتر ابسه های انورکتل مربوط به معلومات دقیق در مورد اناتومی ناحیه بوده (شکل ٤٥ و ٤٦) و این ابسه ها به چهار نوع عمده تصنیف میگردد.

۱ - perianal.
۲ - Ischioroctal
۳ - submucous.
٤ - pelvirectal.



شکل «٤٥» چـــهار شـــکل ابـــسی انورکـــتل

Perianal - A
Ischioerctal - .B
تحت المخاطی - C
Pelvirectal - D



شکل «٤٦»

A - طریق انتشار از ابسی ابتدائی غدهء مقعدی
B - ابسه ناحیه محیط معقدي
C - به Fossa ischiorectal

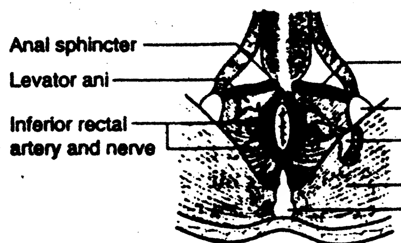
۱ - ابسی های Perianal (٪۶۰) - این نوع ابسی اکثراً در نتیجه تقیح یك غده مقعدی که بطرف سطح انتشار کرده و در قسمت تحت الجلدی معصره خارجی قرار میگیرد بوجود میاید (شکل ٤٥ A) همچنان ابسی های مذکور ممکن است در اثر منتن شدن هیموروئید ترومبوزی تخلیه نا شده بوجود اید . ابسیPerianal از معمو لترین ابسی های انورکتل بوده مرض در هرسن و سال مشاهده شده و حتی در شیر خواران و دوره طفولیت نیز غیر معمول نمی باشد . اعراض و درد ابسی های انورکتل نوع Perianal نظر به ابسی های ischiorectsal کم بوده زیرا قیح در ابسی های perianal جدار های مسافه بین العضلی را به اسانی وسیع ساخته میتواند . تشخیص مرض با تفتیش حافه مقعدی و در یافت یك کتله حساس ، مدورو کیستیك به جسامت یك دانه گیلاس و جس ان در حافه مقعدی پائین تر از خطdentate بصورت مقدم وضع می گردد.

تـــــداوی

تداوی مرض عبارت از دریناژ و تخلیه ابسی بدون ضیاع وقت میباشد .

عملیات - با اجرای یك شق صلیبی بالای ابسی و برداشتن حوافی جلدی ان ابسی بصورت مکمل و بهتر در یناژ شده و جرحه در ظرف چند روز التیام می یابد.

۲ - ابسی های Ischiorectal (۳۰٪) - اینوع ابسی در اثر انتشار وحشی ابسی های مقعدی بین العضلی سفلی از میان معصره خارجی بوجود میاید (شکل ٤۷) نادراً انتان از طریق لمفاوی و یا دموی نیز به این ناحیه میرسد . شحم که ناحیه Ischiorectal را مملو ســـاخته نسبت ارواکـــم ، زیـــاد آســیب پذیر بوده و بزودی تمام این ناحیـــــه اشغال میگـــردد چون Ischiorectal یك طرف با طرف مقـــابل از طریق مسافه خلف معصروی ارتباط دارد بناً اگر



شکل «٤۷» Fossa ischiorectal

ابسی Ischiorectal بصورت مقدم در پناژ نشود fossa Ischiorectal طرف مقابل نیز اشغال شده (horseshoe) و باعث تولید فوهه داخلی بداخل کانال انال میگرددو این ابسی های نعل اسپ مانند قسمت خلفی محیط کانال انال را اشغال مینماید .

ابسی های Ischiorectal باعث تولید یك کتله حساس و سخت قابل جس در طرف

مربوطه کانال انال و زمین fossa Ischiorectal شده اعراض ان شدید و درجه حرارت به ۳۸.۹ درجه سانتی گیرید میرسد . مرد های نظر به خانم ها زیاد تر مصاب مرض میگردد .

تـــــــــداوی

در ابسی های Ischiorectal باید عملیات جراحی بصـورت مقدم بمجرد تعین و تشخیص ابسی صورت گیرد و بخاطر باشـد که تداوی با انتی بیوتیکها علایم عمومی مرض را پنهان میسازد .

عملیات

مرحله اول - یك شق صلیبی بالای ابسی اجراء شده و در بعضی موارد قسمتی از جلد برداشته میشود اما از بین بردن سقف ابسی در تمام وقایع مانند ابسیperianal ضرور نمی باشد .

مرحله دوم - بمجرد از بین رفتن انتان حاد دوباره جرحه معاینه شده و بهتر است این عمل تحت انستیزی عمومی صورت گیرد و ناحیه جهت دریافت فوهه داخلی فیستول با دقت تفتیش شود و در صورت دریافت باید مانند فیستول انال تداوی شود در غیر آن جوف ابسی توسط یك گاز مرطوب با انتی سیپتیك پانسمان و T بنداژ تطبیق گردد و زمانیکه جوف ابسی با نسج گرانولیشن پر گردید پیوند جلدی ممکن اپیتیلیزیشن نهائی را سریع سازد.

۳ - ابسی های تحت المخاطی یا Submucous - (۵٪) اینوع ابسی در فوق خط dentateبوجود امده (شکل٤٦ C) و در صورتیکه به تعقیب تداوی زرقی بواصیر تولید گردد دوباره رشف شده در غیر ان توسط sinus forcepsبکمك پروکتوسکوپ شق میگردد.

٤ - ابسی های Pelvirectal اینوع ابسی ها در بین سطح فوقانی عضله رافعه شرج و پریتوان حوصلی قرار داشته (شکل ٤٥ D) و شباهت تام با ابسی های حوصلی دارد و مانند ان به تعقیب اپاندیسیت ، سلفانژیت، دیورتیکولیت و یا پارامیتریت بوجود امده و مرض کرون

که باعث انتان محیط مقعدی شده میتواند یکی از مهمترین اسباب امراض حوصلی میباشد. و بخاطر باشد که بصورت نادر ممکن ابسی ها و یا فیستول های Pelvirectal در نتیجه کوشش بیش از حد بمنظور دریناژیك ابسی ایسکیور کتل ویا استکشاف یك فیستول انال و عبور سند probe از جدار عضله رافقه شرج از سفلی بوجود آید .

اعراض موضعی این ابسی ها ناچیز بوده ولی اعراض عمومی بیشتر جلب توجه کرده و نزد مریض تب بلند با لرزه موجود میباشد درد به صورت مبهم در رکتم احساس شده بطن منتج و انسدادا فلجی بدرجات مختلف موجود میباشد وعلاوتاً مریض از دیسیوری ودرد فوق عانه شاکی بوده و با جس جدار رکتم حساس میباشد ودر صورت تجمع زیاد قیح جدار رکتم به یکطرف رانده شده و متبارز میباشد.

این ابسی ها میتواند در جوف پریتوان باز و باعث پریتونیت گردد و یا انیکه در رکتم باز شده و بصورت نادر عضله رافعه شرج را سوراخ ودر قسمت سفلی این عضله تجمع مینماید.

تداوی

تداوی محافظه کارانه طبي در مراحل ابتدایی استطباب داشته در صورتی تجمع قیح باید مداخله جراحی اجراء گردد. قبل از مداخله جراحی توسط یك سرنج punctionاجراء شده و این عملیه بکمك انگشت اشاره که به داخل کانال انال قرار دارد کنترول میگردد که در صورت تخلیه قیح سوزن به حال خود گذاشته شده ویك شق طولانی ٥ - ٦ سانتی متر ٢ - ٣ سانتی متر دور تر از فوهه مقعدی اجراء و بعد از تخلیه قیح یك درن بداخل جوف ابسیه گذاشته میشود .

پرولاپس رکتم

پرولاپس رکتم عبارت از لغزیدن و یا بخارج برامدن غشای مخاطی و یا تمام طبقات رکتم میباشد و نظر به اینکه تنها غشای مخاطی ویا تمام طبقات رکتم بخارج پرولاپس میکند تصیف ذیل روی کار آمده است:

۱ - **پرولاپس قسمی** (Partial prolapse) - در این نوع پرولاپس صرف غشای مخاطی و تحت المخاطی روی طبقات عمیقه لغزیده و از فوهه مقعدی خارج میگردد.

۲ - پرولاپس تام (Complete prolapse) - عبارت از پرولاس است که در آن تمام طبقات رکتم اشتراك مینماید.

۱ - پرولاپس قسمی - این پرولاپس اکثراً مربوط به انوس بوده و دران غشای مخاطی و تحت المخاطی روی طبقه عضلی لغزیده بخارج می براید در حالیکه در طبقه عضلی و قسمت های عمیق کدام تغیر مرضی مشاهده نمیشود.

از نظر سریری پرولاپس نا تام یا قسمی مانند یك آستینچه متغلف بوده که ۰.۵ ۲-۵ سانتی متر از فوهه مقعدی خارج میگردد و رنگ آن سرخ روشن میباشد . در صورت انضمام انتان ، التهاب و تخریش، رنگ شدیداً احتقانی را اختیار مینماید. با جس درد ناك نبوده و چون این نوع پرولاپس صرف از دو طبقهء مخاطی متغلف تشکیل شده بناءً ضخامت آن نازك بوده که این نکته در تشخیص تفریقی آن از سایر انواع پرولاپس حایز اهمیت میباشد.

۲ - **پرولاپس تام** - طوریکه قبلاً ذکر گردید در این نوع پرولاپس تمام طبقات رکتم اشتراك کرده و نظر به اینکه عروه خارج شده مربوط به کدام طبقه امعاء مستقیم میباشد نام همان قطعه را گرفته مثلاً در صورتیکه تنها کانال انال پرولاپس نماید بنام پرولاپس انال و در صورتیکه تنها امپول رکتم خارج گردد بنام پرولاپس امپولیر یا رکتل و در صورتیکه آفت مربوط هر دو قطعه امعاء مستقیمه باشد بنام پرولاپس انور کتل یاد میگردد.

پرولاپس انال

نادراً طویل تراز ۵ سانتی متر بوده و شکل نصف کروی را داشته و بشکل یك آستینچه

استوانی طوریکه در پرولاپس رکتل مشاهده میشود نمی باشد. و علامهء دیگری که از نظر تشخیص اهمیت دارد عبارت از موجودیت یکتعداد اتلام طولانی روی غشای مخاطی است در حالیکه در پرولاپس امپولا یك تعداد اتلام حلقوی یا عرضانی مشاهده میشود . با جس پرولاپس انال ضخیم بوده که بدین ترتیب از پرولاپس غشای مخاطی تشخیص تفریقی میگردد. حدود علوی پرولاپس انال به جلد تمادی دارد و در برخی از موارد جهاز معصروی نیز پرولابه گردیده که انذار را تاریکتر میسازد باید گفت که بخارج برامدن جهاز معصروی اهمیت خاص داشته و باید در هر واقعه پرولاپس توسط جس تعین گردد.

پرولاپس انور کتل – طوریکه از نام آن معلوم است عبارت از بخارج برامدن امپولا و کانال انال بصورت تام بوده که بصورت یك استینچه متغلف و استوانه ای میباشددر مراحل ابتدائی دارای یك تعداد اتلام حلقوی بوده درحالیکه در شکل مکمل و مزمن وجه خارجی آن املس و کش شده میباشد و طول آن گاهی به ۲۰ سانتی متر نیز میرسد بعضاً این نوع پرولاپس با عدم اقتدار تام معصـره همراه بوده و در وقایع پیشترفته رتج دوگلاس خیلی عمیق شده ودر قدام عروه پرولابه به شکـــل یك کیسه جس میگردد. که کیسه مذکور بنام hydrocole یاد میشود.

پرولاپس امپولیر – یك نوع پرولاپس مخصوص بوده ودر این نوع پرولاپس کانال انال موقعیت اناتومیك خویش را حفظ کرده در حالیکه امپول رکتم با تمام طبقات خویش به تنهائی کانال انال را عبور مینماید این نوع پرولاپس نسبتاً بصورت نادر تصادف میشود.

اسباب

پرولاپس در دو نهایت حیات یعنی اطفال ۱ – ۳ ساله و اشخاص مسن که عمر بیشتر از ۵۰ سال دارند زیاد مشاهده شده و خانم ها را نظر به مرد ها زیاد مصاب میسازد. در اطفال خورد سال مخصوصاً شیر خواران پرولاپس ناتام نظر به سایر انواع آن بیشتر مشاهده شده ودر اطفال ۳ – ٤ ساله نوع تام آن یکثرت دیده میشود.

لغزش غشای مخاطی کانال انال را بیشتر مربوط به سست بودن نسج استنادیه آن میدانند Proctitis. ، سرفه های معند ، قبضیت زیاد ، اسهالات دوامدار ، در جملهء اسباب آن ذکر

- کمبود و فقدان Vit C از باعث حذف سبزیجات و میوه جات ازمواد غذائی برای یك مدت طولانی
- الکوز از باعث گرفتن مقدار زیاد بای کاربونات

نتایج تداوی طبی

قرحه غیر اختلاطی اثناعشر باتداوی طبی اکثراً کنترول شده لاکن نتایج بعدی تداوی طبی قرحات معدوی چندان خوب نبوده چنانچه در سه بر چهار این مریضان قرحه در ظرف ۵ - ۱۰ سال دوباره نکس کرده و یك بر سه این مریضان ممکن عملیات شده باشند و علاوتاً در یك تعداد وقایع محدود ممکن کارسینومای معده سهواً بعنوان قرحه سلیم تداوی شده باشد. و این اشتباه میتواند با وجود دسترسی به زادیولوژست ماهر و بیوپسی یا دستگاه fibre - optic در حدود ۱٪ باشد.

بناءً دوکتوران عملیات جراحی را در قرحات معدی نظربه قرحات اثناعشری زیاد تر توصیه می نماید.

اساسات پرنسیپ های تداوی جراحی.

بهترین تداوی جراحی قرحات معدوی عبارت ازPartial gastrectomy ویا دو بر سه gastrectomy می باشد که در این عملیات قطعه اول اثناعشر ، پیلور ، انتروم و قسمتی از جسم معده که قرحه را نیز در بر دارد بر داشته شده و نظربه اینکه قسمت باقیمانده معده با اثناعشر ویا ژیژنوم تفمم داده می شود عملیاتهای ذیل وجود دارد:

۱- عملیات Billroth I یا (pean) - در این عملیات قسمت باقیمانده ء جسم معده با اثناعشر تفمم داده شده که یك عملیات خوب است زیرا محتوی معده مسیر امعاء را مانند حالت نارمل عبور کرده و اختلاطات بعداز عملیات آن نیز نظربه عملیات های دیگر کمتر می باشد ولی رسیدن معده به اثناعشر بعضاً مشکل است.

۲ - عملیات Billroth-II یا(Polya) در این عملیات stump اثناعشر دوخته شده و قسمت پروکسیمل ژیژنوم با معده انسمتوز وسیع داد میشود.

فصل اول

معده و اثناعشر

اناتومی جراحی

معده متشکل از قسمت های ذیل است :

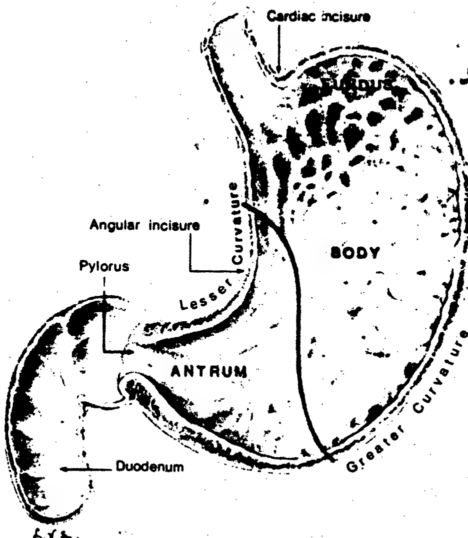
cardia -که در ناحیه اتصال معده با مری قرار دارد.

Fundus - قسمتی از معده که در فوق محل اتصال با مری قرار دارد .

corpus یا جسم معده - که قسمت مرکزی و بزرگ معده بوده و از انتروم معده توسط incisura angularis انحنی صغیر جدا میگردد.

antrum - فاصله بین جسم معده و پیلور می باشد.

بواب یا Pylorus - سرحد بین معده و اثنا عشر را تشکیل میدهد.



شکل «۱» اناتومی معـــده

ارواء معده

شرائین معده - عبارت اند از :

۱- شریان معدوی چپ - که شعبه کوچك coeliac axis بوده واین شریان بعدا زمنشه بطرف کاردیا سیر کرده و بعداً به امتداد انحنی صغیر معده از چپ به راست سیر داشته و با شریان معدوی راست

شده است.

پرولاپس تام نزد اطفال در پهلوی بعضی امراض دیگر که عامل تولید کننده ء آن به شمار میرود مانند سنگ مثانه ، تضیق احلیل، سنگ احلیل و غیره مشاهده می شود.

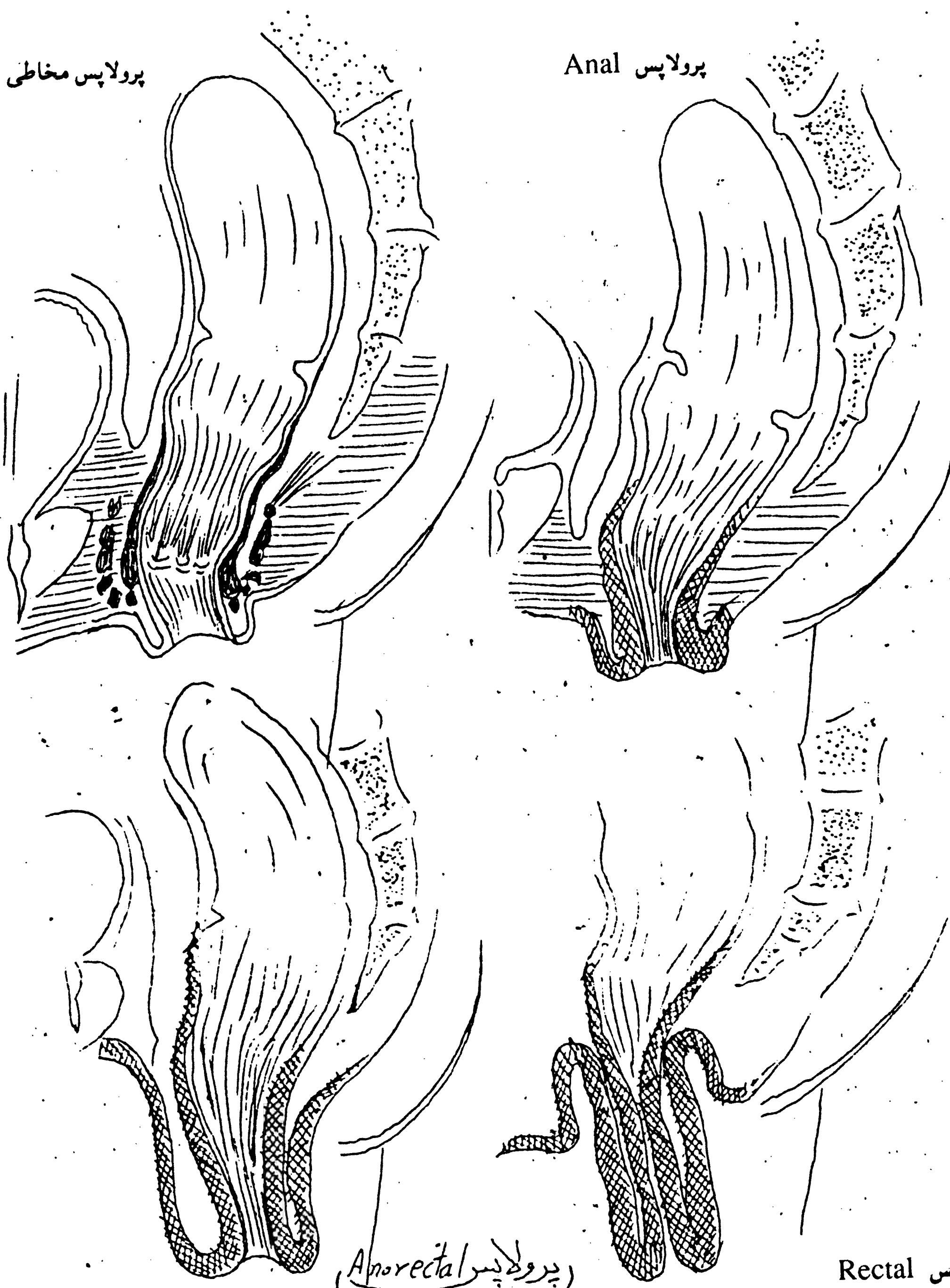
پرولاپس در خانم ها بیشتر از باعث حمل های متکرر و کار های شاقه بحصول آمده و جهد یك عامل بسیار مهم در تولید مرض بشمار میرود.

پرولاپس انال میتواند در پهلوی بعضی امراض دیگر این ناحیه مثلاً هیمورروئید ، پولیپ و دیگر تومور های سویق دار بصورت تالی بوجود آید.

پتولوژی

پتولوژی مرض مغلق بوده و نظریات مختلف توسط مولفین در مورد ارایه شده که بصورت خلاصه قرار ذیل میباشد.

در حالت نارمل سیستم امعاء مستقیم به حیث یك عضو فعال و خارج کننده در مقابل اعضای تثبیت کننده بزمین حوصله که بحیث اعضای غیر فعا ل عمل مینماید از نظر وظیفه در حالت توازن قرار دارد هر نوع تشوش در این نظام باعث تولید پرولاپس میگردد فرط فعالیت در سیستم فعال در اثر اسهال های معند، قبضیت های دوامدار، زور زدن زیاد در اثنای فعل تغوط، ولادت فرط فعالیت جسمی سبب پرولاپس شده و تغیرات در سیستم غیر فعال که عبارت از جهاز تثبیته و زمین حوصله میباشد سبب عمده پرولاپس را میسازد مثلاً فلج ولادی عضلات عجان ، سستی عضلات عجان ، مستقیم بودن محور طولانی انور کتل ، در حالیکه انحنی طبعی بین رکتم و کانال انال یك مانعه طبعی را میسازد. عمیق بودن جوف دوگلاس ، گرچه مولفین در این مورد نظریات مختلف داشته و میگویند که عمیق بودن جوف دوگلاس عامل پرولاپس است و یا اینکه نتیجه آن میباشد . البته این موضوع بدرستی معلوم نمی باشد و علاوتاً زیاد متحرك بودن امعاء مستقیم و سستی جهاز تثبیته را در مورد تاسس پرولاپس مسئول میدانند.



شکل «۴۸» اشکال مختلف پرولاپس انال

اختلاطات

اختلاطات مرض مختلف بوده و عبارت اند از:

۱ - Proctitis - که این اختلاط از باعث تخریش عروه پرولابه و انضمام انتان بوجود میاید .

۲ - اختناق عروه پرولابه - که بعضاً تصادف شده و خیلی وخیم میباشد.

۳ - اختناق محتوی هایدروسیل.

تــــــداوی

تداوی پرولاپس مغلق بوده و انواع مختلف تداوی موجود است باید استطباب عملیه جراحی بصورت درست گذاشته شود در غیر آن نتایج تدوای قناعت بخش نمیباشد و قبل از تداوی جراحی باید اسباب پرولاپس از قبیل سنگ مثانه ، تضیق احلیل و غیره تداوی شود.

۱ - تداوی پرولاپس قسمی.

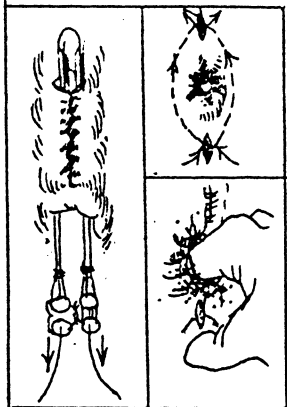
الف - در نزد شیر خوارن و اطفال.

۱ - ارجاع پرولاپس توسط دست - در اینصورت به مادر طفل توصیه میشود تا پرولپس را توسط انگشت اندکس خویش دوباره ارجاع نماید و هر گاه طفل مصاب سوء تغذی باشد باید تغذی طفل اصلاح و منظم گردد همچنان رژیم مایع ، تغوط بصورت خوابیده و جنبی و تثبیت هردو بارزه الیوی توسط لوکوپلاست بعد از هر فعل تغوط بعضاً مفید ثابت میگردد.

۲ - زرق تحت المخاطی مواد sclerosant - هرگاه ارجاع پرولاپس توسط دست بعد از ٦ هفته موثر واقع نگردد در اینصورت تحت انستیزی عمومی فینول ٥٪ در روغن بادام در تحت غشای مخاطی رز ق شده و در نتیجه یك التهاب اسپتیك که تولید میگردد غشای مخاطی با طبقه عضلی التصاق مینماید .

۳ - عملیات Thiersch - هرگاه پرولاپس با وجود تدابیر فوق شفایاب نگردد در این صورت عملیات Thiersch اکثراً باعث تداوی پرولابس شده در این عملیات دو شق جلدی در قدام و خلف انوس اجراء و اکثراً Catgut chromic قوی بعوض Silver wire از

محیط مقعد عبور و قبل ازبسته نمودن خیاطه، انگشت کوچك داخل فوهه مقعدی شده و بعداً خیاطه بسته میگردد در صورتیکه از wire و یا دیگر مواد غیر قابل رشف استفاده شده باشد نسبت نشو نمای طفل و جلو گیـــری از خطر تضیق مقعدی باید مواد مذکور دوباره برداشته شود.



شکل «٤٩» عملیات Thiersch

ب - در کاهلان.

۱ - زرق تحت المخاطی مـواد sclerosant که در اشـــــکال مقدم پرولاپس بعضاً مفید ثابت میـــگردد.

۲ - برداشـــتن مخـــاط پرولاپس شده.

تداوی پرولاپس تام

برای تداوی پرولاپس تام طریقه های مختلف پیشنهاد شده که این عملیات ها از طریق بطن و عجان اجراء شده میتواند . و در صورتیکه مریض مسن ویا ضعیف باشد عملیات Thiersch اجراء شود و هرگاه وضع عمومی مریض خوب باشد با عمل جراحی از طریق بطن رکتم به حوصله تثبیت شده (rectopexy) ویکی از طریقه های خوب این نوع تداوی ، بعد از آزاد کردن رکتم پیچاندن آن در polyvinyl sponge میباشد که باعث عکس العمل سریع و شدید لیفی شده ورکتم را با انساج حوصلی التصاق میدهد.

rectosigmoidectomy قسمت خارج برامده رکتم نسبت احتمال زیاد نکس مرض امروز زیاد مروج نمیباشد

تضیقات کسبی رکتم

تضیق کسبی رکتم عبارت از خورد شدن قطر لومن رکتم است که در اثر یك سلسله حوادث مرضی که بعداً ذکر میگردد در یك قسمت رکتم ناحیه متضیق بوجود می اید و ناحیه مذکور ارتجاعیت طبعی انعطاف پذیری خویش را بدرجات مختلف نظربه طبیعت آفت ابتدائی و پیشرفته بودن آن از دست میدهد که در بعضی امراض ، تضیق سیر ارتقائی داشته و تدریجاً قطر رکتم کاسته شده تا اینکه لومن رکتم کاملاً مسدود میگردد. تضیقات کسبی رکتم معمولاً در سه ناحیه ذیل تصادف میشود.:

۱ - در فوهه خارجی انوس.

۲ - در کانال انال.

۳ - در امپول رکتم.

ازنقطه نظر اناتومو پتالوژی تضیق میتواند به شکل غشائی باشد که زیاد تر در فوهه خارجی انوس مشاهده میشود ویا اینکه شکل حلقوی ویا استوانی را که یك قسمت زیاد رکتم را اشغال مینماید دارا میباشد.

تضیقات رکتم نظربه آفت ابتدائی به دو گروپ عمده تقسیم میگردد:

الف - تضیقات رکتم نظر به آفات جدار رکتم.

ب - تضیقات رکتم در اثر آفات محیط رکتم.

الف - تضیقات رکتم در اثر افات جدار رکتم

این تضیقات نیز سه نوع میباشد:

۱ - تضیقات التهابی .

۲ - تضیقات ترضیضي.

۳ - تضیقات تومورال.

۱ - تضیقات التهابی - آفات التهابی مختلف میتواند سبب تضیق رکتم شود که مهمترین آن عبارت از Lymphogranuloma inguinal ، proctitis ، سفلیس ،

گونوری و توبرکلوز میباشد. علاوتاً انتانات غیر اختصاصی که شکل مزمن را اختیار مینماید میتواند . سبب تضیق رکتم شود مانند Proctocolitis ulcerative ، فستول اناّل ، فیسور انال و غیره .

رادیو تراپی رکتم و اعضای مجاور آن نیز سبب تضیق رکتم شده همچنان التهاب مزمن تحت المخاطی انوس بمرور زمان باعث تضیق حلقوی در قسمت علوی انوس شده که بنام Pectenose یاد میشود.

۲ - تضیقات ترضیضی - بعضی از مداخلات جراحی پروکتولوژیك اگر با استطباب و تکنیك درست اجرا نشود میتواند باعث تضیق رکتم شود مثلاً عملیات بواصیر به تکنیك White head ، انشقاق رکتم در اثنای ولادت ، اجسام اجنبی رکتم ، ، جروحات قاطعه و ناریه رکتم ، سوختگی ها ، تطبیق مرکبات سوزنده و مخرش بغرض تداوی بواصیر در طب عنعنوی و سوختاندن بعضی از آفات رکتم توسط کارد برقی.

۳ - تضیق تومورال - تومور های سلیم و خبیث کانال انال و امپول رکتم میتواند باعث تضیق این نواحی شود.

ب - تضیقات رکتم از باعث آفات محیط رکتم - طوریکه از نام آن معلوم میشود این نوع تضیقات از باعث بوجود آمدن کتلات التهابی و یا تومورال محیط رکتم بوجود می آید مثلاً تومور های سلیم و خبیث رحم و مبیض ، التهاب پارا میتر ، Pyosalpinx ، prostatitis ، کانسر پروستات ، تیراتومای محیط رکتم در اطفال خورد سال - senile anal stenosis که در اثر تشکل نسج لیفی در بین طبقات عضلی و تحت المخاطی بالخصوص معصره داخلی بوجود می آید.

تظاهرات سریری

مشکلات رو به أزدیاد در فعل تغوط ، تغوط دردناك ، باریك شدن قطر مواد غایطه (pipe stem) و توسع رکتم در قسمت علوی ناحیه متضیق ، اعراض سریری تضیق رکتم میباشد و نظربه اینکه آفت ابتدائی که سبب تضیق شده چه میباشد ممکن اعراض دیگر از قبیل سیلانات مرضی ماننده خون ، مخاط ، قیح ، پارچه های جدا شده تومور، اسهال قبضیت و یا

تناوب اسهال و قبضیت نیز مشاهده شود . بعضاً نزد این مریضان در مراحل بیشرفته تضیق اعراض و علایم انسداد تحت الحاد ویا حاد نیز مشاهده شده میتواند .

در معاینه مشاهده میشود که لومن رکتم در یك قسمت کوچك شده وارتجاعیت خویش را از دست داده است و در صورتیکه فوهه تضیق بزرگ باشد میتوانیم با داخل نمودن انگشت نوع تضیق را که انولیر یا توبو لیر است تعیین نمائیم و بعضاً نوع تضیق بعد از توسع ناحیه تعین شده وباید بیوپسی نیز از ناحیه اخذ گردد. و در صورت لزوم میتوانیم نزد مریض انوریکتو سکوپی ورادیو گرافی نیز اجراء کرد.

اختلاطات

اختلاطات عمده تضیقات کسبی رکتم عبارت اند از تشکل تقرحات وابسی در ناحیه متضیق، فیستول و تثقب در مهبل ، مثانه ، جوف پریتوان و غیره میباشد . اختلاط مهم دیگر عبارت از عدم اقتدار وظیفوی معصره و انسداد میباشد.

تـــــداوی

تداوی تضیقات کسبی رکتم مشکل بوده و نظربه طبعیت ، موقعیت و مراحل مختلف آفت فرق کرده و قرار ذیل میباشد.

تداوی وقایوی - در اینصورت باید امراض رکتم که باعث تضـــیق میگردد مانند Lymphogranuloma وغیره بصورت مقدم تشخیص و تداوی شود همچنان تطبیق di-lator مقعدی در دوره نقاهت بعد از عملیات هیموروئید ، وقایع تضیق را بعد از این نوع عملیات زیاد تنقیص داده است.

توسع ناحیه متضیق توسط Bougies - این عملیه که بصورت منظم و بفاصله های معین صورت میگیرد در جمله تداوی های مروج تضیقات مقعدی و رکتم میباشد.

incision and primary free skin graft - این عملیات در تضیقات بعد از عملیات و senile دارای نتایج خوب میباشد.

کولوستومی - این عملیات زمانی استطباب دارد که تضیق باعث انسداد ویا فیستول انال

شده باشد و در صورتیکه ریزکشن ناحیه متضیق در نظر باشد باید کولون مستعرض بیرون کشیده شود.

برداشتن رکتم و تفمم کولوانال – در صورتیکه تضیق در حذاي اتصال انور کتل ویا علوی تر ازان توضع داشته باشد و کانال انال نارمل باشد و آفت تولیدشده قابل ارجاع نباشد میتوانیم ناحیه ماوفه را ریزکشن و کولون را با کانال انال تفمم داد.

خارش مقعدی
(Pruritus ani)

تعریف – Pruritus ani عبارت از یك خارش معند در حذای فوهه خارجی انوس و جلد محیط مقعدی است که جلد ناحیه سرخ و hyperkeratotic بوده وممکن مرطوب و دارای خراش ها باشد.

اسباب

اسباب مرض متعدد بوده و عبارت اند از:

۱ – عدم مراعات حفظ الصحه ، عرق زیاد ، پوشیدن زیر جامه های پشمی و مخرش از جمله اسباب معمول مرض میباشد.

۲ – افرازات مقعدی و محیط آن – این حادثه باعث رطوبت مقعدی شده و آفات که باعث این افرازات و سیلانات مرضی میگردد عبارت از فیستول انال ، بواسیر پرولاپس شده ، genital wart و گرفتن مقدار زیاد پارافین میباشد.

۳ – افرازات مهبلی – (Vaginal discharge) – مخصوصاً از باعث trichomonase vaginalis.

٤ – اسباب پرازیتیك – از جمله اسباب پرازیتیك کرم های سنجاقی (Thread worm) زیاد تر باعث خارش مقعدی شده و علاوتاً scabies ، pediculosis pubis ناحیه مقعدی را منتن ساخته میتواتند.

٥ – Epidermophytosis – مخصوصاً در وقایع که جلد بین دو انگشت قدم نیز

منتن شده باشد از جمله اسباب معمول مرض میباشد. معاینه میکروسکوپیک و کلچر در تشخیص مرض ارزش داشته و خارش بزودی توسط Holf - strength whitfield ointment تسکین میگردد.

۶ - الرژی و حساسیت - الرژی میتواند سبب خارش مقعدی شود که در چنین وقایع ممکن سایر تظاهرات الرژیك از قبیل asthma, urticaria ویا hay- fever. نیز دریافت شود . و تداوی با انتی بیوتیك باعث تشدید مرض شده میتواند.

۷ - امراض جلدی ناحیه عجان مانند Lichen planus, psoriasis و contact dermatitis سبب خارش شده میتواند.

۸ - انتانات باکتریائی - intertrigo - از باعث انتانات mixed باکتریائی و Erythrasma از باعث Corynebacterium minutissmum مسؤل بعضی وقایع خارش مقعدی بوده این انتانات را میتوان توسط شعاع التراویولیت که باعث تولید Fluo-rescence گلابی رنگ میگردد تشخیص کرد.

۹ - psychoneurosis - میتواند باعث خارش مقعدی شود که باید با دیگر انوع خارش مقعدی تشخیص تفریقی شود.

۱۰ - امراض عمومی که مترافق با خارش میباشد عبارت اند از Diabetes mellit-us مرض هوجکن ، یرقان احتباسی و غیره.

تــــــــداوی

در تداوی خارش مقعدی باید عامل سببی مرض برداشته شود و میتود های دیگر موثر در تداوی مرض عبارت اند از:

۱ - اهتمامات حفظ الصحوی - بعوض کاغذ تشنات از تکه های پنبه ای استفاده شود و صابون با انتیسیپتیك ها تعویض گردد که این اهتمامات با پوشیدن زیر جامه های نخی و تطبیق Calamine lotion در تداوی بعضی از وقایع خارش مقعدی موثر و کافی میباشد . همچنان موهای زیاد چون باعث افرازات و رطوبت میگردد بناءً تراش آن اکثراً مفید ثابت میگردد.

۲ - تطبیق هایدرو کورتیزون و پریدنیزولون به شکل کریم ۱ ٪ در وقایع که مترافق با dermatitis باشد مفید بوده و هرگاه بعداز ختم این تداوی خارش دوباره عود نماید میتوان تداوی را برای مدتی با xylocaine تعویض کرد.

۳ - دور نگهداشتن هر دو بارزه الیوی از هم یك عملیه بسیار مفید بوده بالخصوص در خارشهای حاد ، و در خارشهاي مزمن که دو سطح الیوی مقابل هم مرطوب میباشد این عملیه تا زمانی ادامه داده شود که مریض بهبودی احساس نماید.

تداوی جراحی

تداوی جراحی زمانی استطباب دارد که همزمان آفت انور کتل بحیث عامل ابتدائی ویا کمك کننده خارش نیز موجود باشد در غیر آن تداوی جراحی استطباب نداشته و عملیاتهائی که در قدیم یه این منظور توضیح شده نیز برای مدت زیادی اجراء نشده است.

پیلونیدل سینوس
(PILONIDAL SINUS)

پیلونیدل سینوس عبارت از موجودیت یك فوهه کوچـك و گاهی چندین عدد فوهه است که در حذای خط متوسـط اکثراً ۲ - ۳ سانتی متر خلـف تر از فوهه مقعدی قرار دارد. pilonidal به معنی آشیانه موی (pilus معنی موی و nidus بمعنی آشیانه میباشد) بوده موی اکثراً از سینوس مذکور خارج میگردد پیلونیدل سینوس بزودی منتن شده وابسی را بوجود می آورد. مرض اکثراً در سنین ۲۰ - ۲۹ سالگی مشاهده میشود.

در مورد اینکه آیا پیلونیدل سینوس یك مرض ولادی ویا کسبی است در سابق بحث و مناقشه در مورد وجود داشته لاکن فکر میشود که یکتعداد زیاد این سینوس ها در نتیجه سوراخ شدن جلد توسط موی بوجود میآید؛ زیرا صرف موی مرده در مقطع جلد برداشته شده دریافت شده و هرگز فولیکول موی مشاهده نشده است. آفت مشابه در حذای التوای بین انگشتان سلمانها نیز بصورت نادر بوجود میاید و مثال های نادر مرض در حذای ثره ، جوف ابط و stump امپوتیشن یاد آوری شده است . فرو رفتگی که نزد اطفال در حذای خط

۳ - عملیات Billroth II به میتود Hoffmeister - در این عملیات نصف معده قطع شده ، دوخته شده و نصف باقیمانده آن با ژیژنوم تفمم داده میشود که سرویس جراحی شفاخانه علی آباد نیزاز این میتود استفاده مینماید.

نتایج این عملیات ها در حدود ۹۰٪ قناعت بخش بوده و ۱٪ وفیات دارد.

قرحات اثناعشر در صورتیکه فرط افراز اسید معدوی تداوی شود التیام یافته که برای این منظور باید یا ناحیه افرازی اسید معدوی (جسم و انحنای صغیر معده) برداشته شود ویا اینکه عصب واگوس قطع گردد (واگوتومی).

قطع عصب واگوس (Vagotomy)

قطع عصب واگوس باعث تنقیص افراز اسید معده شده و طوری که میدانیم عصب واگوس یك عصب حرکی امعاء و ملحقات جهاز هضمی می باشد بناءً قطع آن عوارض ذیل را به وجود می آورد:

۱ - تغیر و تشوش در حرکات معدی معائی.

۲ - عدم تخلیه درست حویصل صفراء.

واگوتومی به اشکال ذیل اجراء میگردد:

۱ - Truncle vagotomy - این عملیات در تداوی قراحات اثناعشری در صورت قطع تام عصب معدوی زیاد موثر بوده و چون قطع عصب واگوس نسبت عدم باز شدن معصره پیلور باعث رکودت معدوی میگردد بناءً باید عملیه درناژ و تخلیوی از قبیل pyloro plasty و یا bypass) (gastro jejunostomy نیز اجراء گردد گرچه این عملیه مریض را برای اختلاطات بعد از عملیات جراحی معده مساعد میسازد لاکن با وجود آنهم عملیات فوق نظر به گاستریکتومی قسمی مصؤن بوده و تقریباً دارای اختلاطات مشابه می باشند

۲ - Selective vagotomy - دراین عملیات صرف الیاف عصب واگوس که به معده میرسند قطع شده و بدین ترتیب از تاثیرات سوء بالای سایر احشای بطنی جلوگیری میگردد. و چون در این عملیات ناحیه پیلور نیز فاقد از عصب میگردد بناءً باید نزد مریض

متوسط در خلف مقعد مشاهده میشود ایتولوژی آن کاملاً فرق داشته و درآن موی موجود نمی باشد.پیلونیدل سینوس قبل از بلوغ و روئیدن‌موی بدن مشاهده نشده و امروز قبول شده است که پیلونیدل سینوس یك مرض کسبی بوده که در نتیجه نشو و نمای موی بطرف داخل جلد بوجود می آید.

پتـــــولوژی

سینوس به شکل یك مجرای منتن در بین طبقه تحت الجلدی تمادی داشته و مجرا های جانبی نیز مشاهده شده میتواند . تقریباً در نصف وقایع طبقات فرش squamous اپیتیلیل دریافت شده و ساقه موی به اشکال ذیل در سینوس دریافت میگردد.

۱ - بشکل کاملاً آزاد .

۲ - احاطه شده ویا فرو رفته در نسج گرانولیشن.

۳ - عمیق در نسج ندبوی تکامل یافته در سه برچهار وقایع.

حجرات دیو آسا اجنبی نیز مشاهده میشود.

تظاهرات سریری

در این مرض یك سینوس مزمن و یا نکس کننده در خط متوسط تقریباً به سویه قسمت اول عظم عصعص موجود بوده و بصورت وصفی چند عدد موی از فوهه سینوس برا مده میباشد . افرازات سینوس اکثراً خون آلود بوده و حاوی سیبوم چرکین میباشد و بعضاً موی نیز در آن مشاهده میشود . فوهات ثانوی ممکن در هر طرف خط متوسط و بعضاً دورتر در نواحی الیوی و عجان موجود باشد.

طوریکه قبلاً اشاره شد اعراض مرض اکثراً در دهه سوم حیات شروع شده و چون مریضان بصورت موخر مراجعه مینمایند بناءً شروع مرض را قبلاً باد آور میشوند.

مرد ها نظربه خانم ها زیاد تر مصاب مرض شده (۱:٤) و چون تکامل و نشو نما در خانم ها مقدم میباشد بناءً خانم های مصاب این مرض طور اوسط سه سال جوانتر ا زمرد ها میباشد . مرض طور نادر در سفید پوستان مشاهده شده و اکثر مریضان طوراستثنایی پر موی و چاق

میباشند. علی الرغم اینکه مرض اشخاص پر موی و موهای سخت را نظربه نرم ترجیح میدهد اما تقریباً منحصر به نژاد سفید میباشد . شکایت مریض آمدن افرازات ، درد و موجودیت کتله حساس در قسمت سفلی ستون فقرات بوده و حتی در زمان شدت التهاب اعراض خفیف میباشد. اکثراً نزد مریض تاریخچه ابسی های متکرر ناحیه مذکور که بصورت بنفسه تخلیه ویا شق شده دریافت شده سینوس در ابتدا دارای یك فوهه بوده اما میتواند تا شش فوهه نیز داشته باشد که تمام این فوهات در خط متوسط به سویه مفصل عجزی عصعصی قرار دارد . بر خلاف فیستول مقعدی ، این سینوس به علوی و قدام بطرف عظم عجز پیش رفته لاکن به عظم نرسیده و نزدیك ان ختم میگردد.

زمانیکه ابسه تشکل نمود ممکن از طریق سینوس اولی تخلیه شود و یا اینکه بعد از پخته شدن جلد باز و یا شق شده و سینوس ثانوی را بوجود میاورد .

تـــــداوی

هرگاه ابسی تشکل کرده باشد باید شق و در یناژ گردد و گذاشته شود تا آفت خاموش گردد در مرحله بعدی سینوس با مجراهای جانبی ان بصورت وسیع برداشته شده و در صورتیکه مجرای سینوس الی صفاق عجزی عصعصی رسیده باشد باید تمام انساج اشغال شده برداشته شود و اگر ناحیه منتن باشد باید جرحه باز گذاشته شود تا از عمق بطرف سطح پر گردد (Mursupialisation) و در صورتیکه جرحه بصورت نسبی پاك باشد جرحه توسط خیاطه های ابتدائی بسته شده و بدین ترتیب در یك تعداد وقایع بدون منتن شدن جرحه ترمیم میگردد نکس مرض مشاهده شده در این اواخر پیلونیدل سینوس را بصورت موضعی باز و مجرای ان کرویت میگردد اما با وجود ان نکس مرض مشاهده شده است.

تومورهای رکتم و کانال انال

تصنـــــــیف

تومورهای‌سلیم

الف – ادینوما

ب – پاپیلوما

ج – لیپوما

د – لمفوما

ذ – اندومیتریوما

تومورهای‌خبیث

۱ – تومورهای ابتدائی

الف – ادینوکارسینوما

ب – Squamous carcinoma of lower anal canal .

ج – میلانوما

د – تومور کارسینوئید

ذ – قرحه rodent حافه مقعدی

ر – لمفوسارکوما

۲ – تومورهای خبیث ثانوی

در این صورت رکتم توسط تومور پروستات، رحم، و میتاستاز پریتوان حوصلی اشغال میگردد.

کارسینومای رکتم [۱]

کارسینومای رکتم هر دو جنس را مساویانه مصاب ساخته و بعد از ۲۰ سالگی در هر سن

مشاهده شده لاکن سنین ۵۰-۷۰ ساله را بیشتر مصاب میسازد . کارسینومای رکتم ۱/۳ تمام تومور های امعاء غلیظه را تشکیل داده و از نظر کثرت وقوعات چهارمین تومور خبیث در خانم ها بوده و در مرد ها بعد از کارسینومای قصبات و معده قرار دارد .

منشه و فکتورهای مساعد کننده مرض

مطالعه امعاء برداشته شده در اثنای عملیات نشان داده که در یکتعداد زیاد وقایع همزمان با کارسینوما یك یا بیشتر ادینوما ویا پاپیلوما نیز موجود بوده بناً ادینوما و پاپیلوما حالات پری کانسیروز میباشند. و چنین فکر میشود که اکثراً کانسر رکتم در شروع به شکل یك ادینوما تظاهر مینماید. وتقریباً در ۵٪ و قایع کارسینوما رکتم بیشتر ازیك عدد میباشد.

پـــتولوژی

از نظر میکروسکوپیك کارسینومای رکتم به اشکال ذیل می باشد :

۱ - Well differentiated adenocarcinoma.

۲ - Averaggly differentiated adenocarcinoma.

۳ - Anaplastic, highly undifferentiated adenocarcinoma.

موجودیت تعداد زیاد حجرات تولید کننده مخاط در یك کارسینومای رکتم دلالت به خباثت بیشتر ان کرده و انذار بعد از تداوی زیاد تر مربوط به نوع هستولوژیك تومور میباشد

از نظر ماکروسکوپیك کارسینومای رکتم ممکن به اشکال ذیل مشاهده شود :

۱ - شکل قرحوی Ulcerating که از معمولترین اشکال مرض بشمار می رود .

۲ -Papilliferous

۳ - شکل تضیقی Infiltrating که اکثراً در ناحیه رکتو سگموئید مشاهده می شود .

٤ - Colloid

انتشار مرض

۱- انتشار موضعی

الف – انتشار بد وراد ورلومن رکتم .

ب – اشغال شدن طبقه عضلی

ج – نفوذ در اعضای مجاور از قبیل پروستات ، مثانه ، مهبل ، رحم ، عجز ، ضفیره عجزی حالبها و جدار جنبی حوصله .

۲ – انتشار از طریق لمفاوی – در مرحله اول تومور به عقدات لمفاوی ناحیوی در امتداد اوعیه مساریقه سفلی انتشار کرده و در مرحله موخر مرض میتواند بصورت ریترو گراد به عقدات لنفاوی ناحیه حرقفی و مغبنی نیز انتشار نماید و عقدات فوق الترقوی نیز از طریق قنات صدری اشغال شده میتواند .

۳ – انتشار دموی – تومور میتواند از طریق ضفیره باصوری سفلی به ورید باب و از انجا به کبد و بعداً به ریه ها برسد .

٤ – انتشار Transcoelomic – در اینصورت افت بد اخل جوف پریتوان انتشار مینماید .

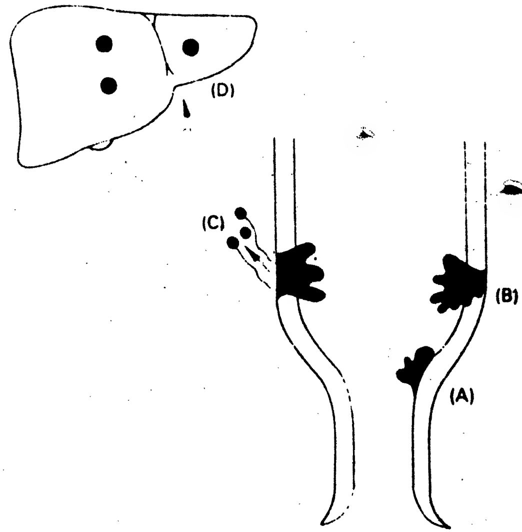
باید بخاطر باشد که کارسینومای رکتم اکثراً بصورت مقدم میتاستاز نداده و وسعت انتشار تومور رکتم توسط مولف Dukes – قرار ذیل تصنیف شده است :

الف: تومور محدود و منحصر به جدار رکتم است (۱۵٪) که در این مرحله انذار مرض بسیار خوب میباشد.

ب – تومور جدار رکتم را تجاوز کرده لاکن به عقدات لمفاوی ناحیوی میتاستاز نداده است (۳۵٪) که انذار در این مرحله نیز خوب میباشد .

ج – میتاستاز در عقدات لمفاوی ناحیوی موجود است. (۵۰٪).

د – میتاستاز به فاصله مثلاء در کبد موجود است شکل (۵۰).



شکل « ۵۰ » تصیف تومور های کولونی به اساس طبقه بندی مولف Dukes

انذار مرض

انذار کارسینومای رکتم مربوط به درجه پیشرفت تومور وقابل تفریق بودن آن از نظر هستولوژی میباشد که درصورت پیشرفت زیادتومور واناپلاستیك بودن آن انذار خراب است.

تظاهرات سریری

کارسینومای رکتم در مراحل مقدم حیات نادر نبوده و در صورتیکه مرض در سن جوانی بوجود آید دارای سیر سریع بوده و با وجود تداوی جذری در ظرف یك سال باعث مرگ میگردد . مرض در مراحل مقدم خویش دارای اعراض حفیف و جزئی بوده بناءً مریض تا شش ماه ویا بیشتر از آن به طبیب مراجعه نمی نماید.

نزف - یك عرض ثابت و مقدم مرض بوده که مقدار آن کم و در اخیرفعل تغوط مشاهده میشود و بعضاً میتواند لباس مریض را خون آلود سازد این نزف شباهت زیاد به نزف

هیموروئید داخلی داشته بناءً غرض جلوگیری از اشتباه ، باید معاینه کانال انال در تمام وقایع نزف مقعدی با دقت زیاد صورت گیرد.

احساس تغوط نا تام (Tenesmus) - در اینصورت مریض فعل تغوط را انجام داده اما احساس منماید که رکتم کاملاً تخلیه نشده است . این عرض در تومور نصف سفلی رکتم بطور ثابت موجود بوده و از جمله اعراض مهم مقدم مرض بشمار میرود و مریض کوشش مینماید تا در یك روز چند مرتبه فعل تغوط را که اکثراً حاوی گاز و مقدار کم مخاط خون آلود میباشد انجام دهد (اسهال کاذب).

تشوش در ترانزیت معائی - تشوش ترانزیت معائی یك عرض مهم دیگر بوده که به شکل تناوب اسهال و قبضیت مشاهده میشود و در صورت تومور ناحیه رکتو سکموئید اکثراً قبضیت و در تومور ناحیه امپولا اسهال صبحانه مشاهده میشود.

درد - عرض موخر مرض بوده که به شکل کولیکی در مراحل پیشرفته کانسر ناحیه رکتو سکموئید از باعث انسداد مشاهده میشود و در صورتیکه قرحه عمیق کانسر رکتم باعث اشغال پروستات و یا مثانه گردد درد ها شدید شده و اشغال شدن ضفیره عجزی باعث درد های نواحی خلفی و سیاتیك میگردد. ضیاع وزن دلالت به میتاستاز کبدی می نماید.

معاینه بطن - در مراحل مقدم مرض منفی بوده و درصورت تومورانولیر پیش رفته ناحیه رکتو سیگموئید ممکن علایم انسداد امعاء غلیظه دریافت شود. و ممکن در مراحل پیشرفته مرض میتاستاز کبدی و حبن از باعث اشغال شدن پریتوان نیز موجود باشد.

معاینه مقعدی (T.R) - با این معاینه تقریباً در ۹۰٪ وقایع تومور جس شده که در مراحل مقدم به شکل یك برجستگی ویا نودول با قاعده سخت بوده و زمانیکه مرکز آن تقرح نمود یك فرورفتگی سطحی با حوافی برجسته و بخارج چپه شده باقاعده سخت در یافت

میگردد .هر گاه تومور در ناحیه رکتو سیگموئید توضع داشته باشد می توانیم انرا توسط معاینه bimanual جس نمائیم . و در صورتیکه انگشت بتماس مستقیم کارسینومای رکتم امده باشد بعد ازخارج نمودن ان انگشت با خون و یا مواد مخاطی قیحی که دارای مقدار کم خون است ملوس میباشد . و در تومور کارسینوماتوز قرحوی ۱/۳ سفلی رکتم عقدات لمفاوی اشغال شده را به شکل تومور بیضوی شکل در فوق تومورد رقسمت خلفی و یا خلفی جنبی انساج خارجی رکتم جس کرده میتوانیم و جهت دریافت میتاستاز باید سیستوسکوپی و T.V نیز اجراء گردد.

پرورکتو سیگموئید و سکوپی - این معاینه که بعد از پاك کردن و اماده ساختن رکتم اجراء میگردد اکثراً باعث وضع تشخیص شده و توسط ان میتوان بیوپسی از حافه و مرکز تومور اخذ کرد .

معاینه توسط اماله باریوم (Barium enema) - از این معاینه میتوان در صورت عدم تشخیص تومور ناحیه رکتو سیگموئید توسط سیگموئید و سکوپ از باعث اسپزم ، موجودیت پولیپهای متعدد در کولون و یا احتمال موجودیت کارسینومای دیگر در کولون استفاده کرد .

تشخیص تفریقی

تومور های قابل جس رکتم با افات ذیل تشخیص تفریقی شود :

۱ - تومور های سلیم .

۲ - کارسینومای کولون سیگموئید که در جوف دوگلاس قرار داشته و از طریق حدار رکتم جس شود .

۳ - میتاستاز های تومور ها در حوصله .

٤ - نومورهای رحم و تخمدان .

۵ - گسترش کارسینوم پروستات و عنق رحم به جدار رکتم .

۶ - اندومیتریوسیس .
۷ - Lymphogranuloma inguinal.
۸ - امیبیک گرانولوما .
۹ - امراض دیورتیکولیر .
۱۰- تومورهای نادر رکتم .
۱۱ - کتلات غایطی (که اینها علامه وصفی یاکلاسیك دانه دار Indentation را میدهد) .

تـــــــداوی

تداوی کارسینومای رکتم جراحی بوده و در صورتیکه تومور در مرحله ابتدائی خود قرار داشته باشد یعنی محدود به غشای مخاطی و یا جدار رکتم باشد نتایج تداوی خوب بوده و نظر یه پیشرفت تومور و حالت عمومی مریض تداوی میتواند به اشکال ذیل صورت گیرد.

تداوی Curative - هر گاه مریض بصورت مقدم مراجعه کرده باشد برداشتن رکتم از طریق abdomino-perineal و اجراء کولوستومی دایمی در حفره حرقفی چپ از تداوی اساسی کارسینومای رکتم میباشد . و در صورتیکه تومور بقدر کافی علوی موقعیت داشته باشد (بیشتر از ۸ سانتی متر) میتوان رکتم را ریزکشن و کولون سیگموئید را با قسمت سفلی رکتم انستموز داد.

تداوی Palliative - ریزکشن تومور ابتدائی در صورت امکان حتی اگر میتاستاز نیز موجود باشد باعث تسکین مریض شده در صورت انسداد امعاء باید کولوستومی اجرا شود و چون تومور بحال خود باقی میماند بناً نزف ، افرازات مخاطی و درد های عجزی بر طرف نمی گردد.

در صورتیکه تومور کاملاً غیر قابل برداشت باشد رادیوتیراپی عمیق و یا diathermy تومور مانند ادویه سایتوتوکسیك باعث تسکین موقتی شده میتواند.

کانسر انوس و کانال مقعدی

کانسر کانال انال نظر به رکتم کمتر مشاهده شده (۲۳،۸٪ کارسینومای رکتم) و از نظر ساختمان هستولوژیك، سیو، نوع تداوی، حساسیت ودریناژ لمفاوی و افراز از کارسینومای رکاتم فرق دارد. لمف این ناحیه به عقدات لمفاوی ناحیه مغبنی در یناژ شده و باید بخاطر باشد که بعضاً کارسینومای رکتم به سفلی انتشار و قسمت علوی کانال انلال را اشغال کرده که صرف بیوپسی تومور میتواند منشه تومور راکه کانال انال و یا رکتل میباشد واضح سازد.

- کانسر کانال انال اکثراً از نوع Squamous, carcinoma بود ه که از انوس و کانال انال منشه گرفته و انواع نادر کانسر کانال انال عبارتند از :

- Basiloid carcinoma که بنام Cloacogenic carcinoma نیز یاد شده و مقابل شعاع زیاد حساس نمی باشد .

- Muce-epidermoid carcinoma که مقابل شعاع حساس میباشد .

- Basal cell carcinoma این تومور نیز مانند Squamous, cell ca حافه مقعدی و قسمت سفلی کانال انال یك تومورجلد بوده و وصف آنها را دارد

- Melanom این تومور به شکل یك کتله سیاه آبی رنگ با قوام نرم بوده و می تواند با هیمورروئید ترومبوزی مغالطه شود . شق و یا ترضیض آن توسط فعل تغوط باعث میتاستاز سریع شده و اگر بخال خودش باقیماند تقرح کرده و رنگ آن از ابی به سیاه تغیر مینماید . میلانوما عقدات لمفاوی ناحیه مغبنی را بزودی اشغال کرده و در صورتیکه تومور در مراحل مقدم برداشته نشود از طریق دموی میتاستاز میدهد این تومور مقابل شعاع مقاوم بوده و دارای انذار بسیار خراب میباشد .

تظاهرات سریری

اعراض و علایم سریری کانسر کانال انال شبیه کانسر رکتم بوده با این تفاوت که درد در کانسر رکتم یك عرض موخر بوده در حالیکه نسبت حساس بودن ناحیه درد و خارش در کانسر

پیلورو پلاستی ویا گاسترو ژیژونوستومی نیز اجراء گردد.

۳ - Higly selective vagotomy (Parietal cell vagotomy)

درین عملـیات صرف اعصـاب که به حجـرات جداری معده میرسد قطع شده و این عملیـه با آزاد نمودن انحنی صغیر معده از حـذای انتروم الی مری و قطـع اوعـیه و اعصاب آن صورت می گـیرد چون در این عـملیات اعصـاب ناحیـه پیـلور سـالم و دست نا خورده باقی می ماند بناءً عملـیه دریناژ ضرورت نبوده و عملیات مذکور دارای اختـلاطات کم و تقریباً ۱۰٪ نکس دارد اما به خاطر باشـد که نکس قرحـه در این عملـیات بمقایسه واگوتومی جذعی با دریناژ زیاد بوده و علاوتاً عملیات مذکور از نظر تکنیکی مشکل و وقت زیاد را در برگرفته و احتمال قطع نا تام اعصاب حجرات جداری نیز میرود و فیصدی نکس قرحه به تعقیب این عملیات مسلماً رابطه مستقیم به تجربه و مهارت جراح دارد.

هرگاه عملیات گاستریکتومی پیلروت یك در تداوی قرحات اثناعشر همراه با واگوتومی نباشد باعث ازدیاد وقایع قرحات نکس کننده ناحیه انستموتیك شده و ممکن علت ان این باشد که صرف برداشتن قسمت عمده افزاز کننده اسید کافی نبوده بلکه جهت محافظه ناحیه انستموتیك تاثیرات خنثی کننده صفراء نیز لازم میباشد . و این هدف با اجرای گسترو انتروستومی (gastrectomy Polya) بر آورده می شود.

اجرای عملیه gastroenterostomy به تنهائی باعث التیام یك تعداد قرحات اثناعشری نسبت مخلوط شدن عصاره قلوی صفراوی پانکراسی با اسید معدوی شده و چون لا اقل یك بر چار این مریضان قرحه ناحیه انستموتیك می سازند بناً از عملیات مذکور در قرحات اثناعشری زیاد استفاد نمی شود؛

بطورخلاصه میتوان گفت که در قرحات معده نظر به خطر استحاله آن به کانسر گاستریکتومی زیاد توصیه شده و چون قرحات اثناعشر از باعث فرط افراز اسید معدوی به وجود می آید بناءً عملیات واگوتومی ترجیح داده می شود.

کانال انال یك عرض بسیار مقدم بوده و نهایت شدید میباشد. تومور در مراحل ابتدائی به شکل یك فیسور در میان التوات مقعدی مشاهده شده حوافی آن برجسته و زمین آن سرخ میباشد و با جس حساس و با اندك تماس نزف میدهد . مقویت معصره مقعدی نظر به حالت طبعی زیاد بوده و در مراحل پیشرفته کم میگردد.

تشخیص تفریقی

کانسر کانال انال باید با امراض مشابه دیگراین ناحیه مانند فیسور انال ، فیستول انال ، condyloma , Nicolas-Faver و توبرکلوز تشخیص تفریقی شود .

تـــــــداوی

تداوی کانسر حافه مقعدی - هر گاه Squamous cell carcinoma حافه مقعدی کوچك و در مراحل مقدم باشد میتوان آنرا بصورت موضعی وسیعاء برداریم و در صورتیکه عقدات لمفاوی ناحیه مغبنی اشغال شده باشد عقدات مذکور نیز باید برداشته شود که انذار اینوع تداوی نسبتاً خوب میباشد .

کانسر کانال انال - تداوی معمول کانسر کانال انال عبارت از برداشتن تومور از طریق abdomino-perineal بوده که در این عملیات تومور با نواحی محیط مقعدی و سیعاء برداشته شده و در صورت اشغال شده عقدات لمفاوی ناحیه مغبنی عقدات مذکور نیز برداشته میشود. گر چه این تداوی از نظر پرنسیپ کاملاً درست است لاکن ضرورت اجرای کولوستومی دایمی و معیوبیت های این عملیات سبب شده تا جراحان در مرحله اول به تداوی محافظه کارانه اقدام نمایند .

در واقعات انتخابی کوچك صرف از رادیوتیراپی استفاده شده و مریضانیکه به این میتود تداوی شده ۵۰٪ آنها ایجاب abdomino-perineal excision را نمیکند و در صورتیکه عقدات لمفاوی ناحیه مغبنی اشغال شده باشد باید بر علاوه رادیوتیراپی عقدات مذکور نیز برداشته شود .

میتود دیگر تداوی کنسر کانال انال که توسط مولف Nigro در این اواخر بحیث تداوی ابتدائی مرض معرفی شده عبارت ا اتحاد شیموتیراپی و رادیوتیراپی یاchemoradiation میباشد و در صوریتکه نزد مریض بعد از ختم این تداوی تومور باقیماند abdomino-perineal excisoin نیز اجراء و در غیر آن از عملیات صرف نظر میشود . در صورتیکه تومور پیشرفته و وضع عمومی مریض خراب باشد صرف به اجرای کولوستومی دایمی اکتفاء میگردد.

فصل هفتم

کبد

اناتومی و فریولوژی جراحی کبد

کبد یگانه عضو بدن است که دارای دو سیستم اروائی یعنی شریان کبدی و ورید باب میباشد . و طوریکه میدانیم ورید باب بدون دسام بوده که این موضوع در دانستن فرط فشار باب دارای اهمیت میباشد . ورید باب و کبدی دارای عضلات غیر مخطط بوده که اینها همراه با شریان کبدی در کنترول جریان خون بداخل کبد رول دارند .

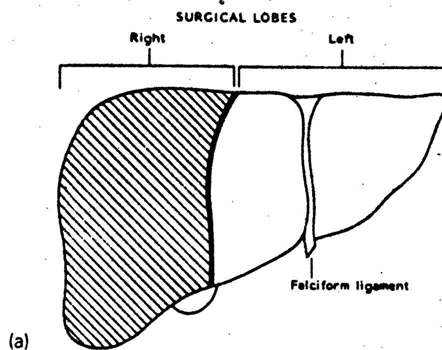
خون بداخل سینوزوئید (Sinusoid) کبد از دومنبع میرسد :

۱ - سیستم باب که ۶۰ - ۷۰ ٪ خون را به کبد انتقال داده که این خون حاوی مواد جذب شده طرق هضمی و افرازات اندو کرین معده ، پانکراس ، و امعاء رقیقه نیز میباشد و خون طحالی تقریباً ۱/۵ خون ورید باب را تشکیل میدهد .

۲ - شریان کبدی = از جمله ۱۵۰۰ ملی لیتر خون که در هر دقیقه داخل کبد میگردد ۲۵ ٪ انرا شریان کبدی انتقال داده این خون حاوی اکسیژن بوده شریان کبدی و ورید باب با تنظیم یك فشار مناسب باعث جریان خون در فصیصات کبدی شده چنانچه ارتباط بین فشار شریان کبدی (۱۰۰ - ۱۵۰ ملی متر سیماب) ورید باب (۸ - ۱۲ ملی متر سیماب) و ورید کبدی (۱ - ٤ ملی متر سیماب) تائید کننده خصوصیت واحد دورانی در کبد می باشد . جریان خون در کبد که در حالت نارمل ٤۰ ٪ دهانه قلبی است در اثنای جهد و تمرین از باعث ازدیاد ضرورت قلب ، دماغ ، و عضلات تنقیص می یابد.

فص های جراحی کبد (شکل ۵۱)

شعبه راست و چپ شریان کبدی دو فص عمده اناتومیك کبد را بصورت تام ارواء نکرده این شرائین به امتداد بستر حویصل صفراء سیر داشته و از انجا بطرف علوی بالای سطع قدامی الی ورید اجوف سفلی و در سفلی الی portahepatis تمادی دارد. طرق صفراوی و شعبات ورید باب سیر شریان کبدی را تعقیب نمود ه که بدین ترتیب کبد توسط یك میزابه بزرگ بدون اوعیه بدو فص راست و چپ تقسیم میگردد. خون از کبد توسط سه ورید بزرگ تخلیه شده که ورید متوسط کبدی در میزابه بزرگ (major fissure) توضع دارد. باید گفت که معلومات در مورد فص های جراحی و سیگمنت های کبد بالخصوص در وقایع جروحات و تومورهای کبدی که ایجاب ریزکشن را نماید ارزش زیاد دارد .

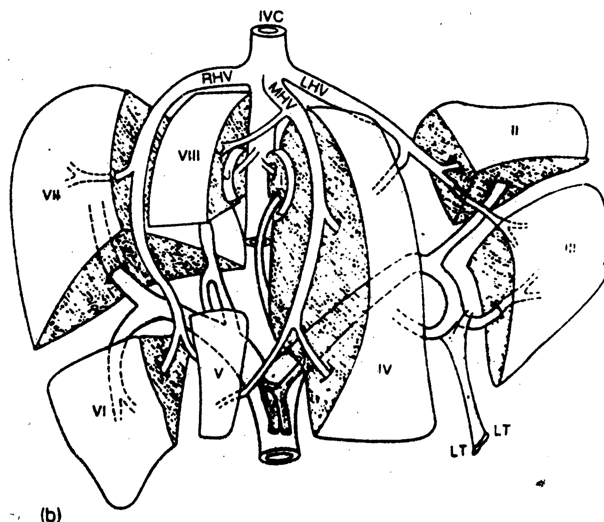


شکل «۵۱» فص های جراحی کبد

ساختمان Segmental کبد (شکل ۵۲)

طوریکه میدانیم در حال حاضر ریزکشن کبدی بمنظور تداوی تومورهای ابتدائی و ثانوی کبد همه روزه صورت میگیرد و برای اینکه یك یا بیشتر سیگمنت کبد را بدون ماوف ساختن

اروا و دریناژ صفراوی سیگمنت های دیگر بر داریم باید راجع به اناتومی سیگمنتل کبد معلومات کافی داشت و با استفاده از این معلومات میتوان حتی یك فص کبدی را با دو سیگمنت آن در حالیکه صرف دو سیگمنت سالم باقی مانده باشد ریزکشن کرد در این عملیات ها جهت شناخت و تشخیص اوعیه و قنوات داخل کبدی از معاینه التراسوند در زمان عملیات استفاده میشود.



شکل ۵۲ - سیگمنت های کبد .

IVC = ورید اجوف سفلی | RHV= ورید کبد ی راست | LHV = ورید کبد ی چپ

M(HV) = ورید کبدی متوسط | LT = رباط مدور (Ligamentum teres)

وظایف کبدی

۱ - تولید صفراء و میتابولیزم بلوروبین و نمکهای صفراوی .

۲ - تولید البومین ، فیبرینوژن پروترومبین.

۳ - ذخیره و میتابولیزم کاربوهایدریت به شمول تبدیل مونوسکرید (Dextrose) به glycogen و بر عکس آن .

٤ - تولید فاسفولیپید و کولیسترول ، سنتیز اسید های شحمی از کاربوهایدریت و مراحل دیگر در میتابولیزم شحم.

٥ - Deamination یا دور نمودن گروپ امین از مرکبات عضوی امینواسید ها با تولید یوریا و دور نمودن امونیا از خون باب .

٦ - تولید انرژی و حرارت که در میتابولیزم عضویت بکار رفته و باید گفت که در کبد عملیه انابولیزم و کتابولیزم هر دو ایجاب یکمقدار انرژی را کرده که این انرژی از تبدیل ATP (Adenosine triphasphate) به ADP (Adenosine diphasphate) و همچنان در اثر Oxygenation aerobic از طریق Cycle Krebs به وجود آمده و محصول فرعی که در نتیجه این فعالیتها بوجود میاید عبارت از یك مقدار انرژی زیاد به شکل حرارت میباشد .

۷ - فعالیت ریتیکولواند و تیلیل .

۸ - ذخیره و یتامین B۱۲ (Cyanocobalamine) و ویتامین A .

۹ - ذخیره آهن ومس .

۱۰ - تخریب باکتریها بالخصوص کوکهای گرام مثبت که اکثراً در خون باب دریافت شده و فکر میشود که کبد یکتعداد زیاد باکتریها را که از طریق ورید باب داخل بدن میگردد تخریب مینماید .

۱۱ - Detoxication ادویه و هورمون مانند Benzodiazopines ،ستروژن :

Regeneration. کبد بر خلاف اعضای دیگر خاصه فوق العاده زیاد التیام دوباره (regeneration) را دارد.

میتود های مخصوص ارزیابی کبد

تست های و ظیفوی کبد: با در نظر داشت وظایف مختلف و متعدد کبد ، تست واحد که

دلالت به نارمل بودن کبد از نظر وظیفوی نماید موجود نبوده بناً در هر مریض چندین تست توصیه شده و در بعضی وقایع باید یك تست واحد تکرار اجراء گردد. کبد میتواند تا ۸۰ ٪ غیر فعال باشد بدون اینکه در تست های وظایف آن تغیری مشاهده شود و در مریضان مصاب سیروز ممکن تمام این تست ها در حدود نارمل باشد. و از جمله یك تعداد زیاد تست های کبدی که موجود میباشد تست های ذیل دارای ارزش زیاد مي باشد:

۱ - تعین مقدار سیروم بلورو بین. که بلند بودن بیلوروبین conjugated از ۷ میکرومول فی لیتر (٤ ، ۰ ملی گرام فی صد می لیتر) دلالت به رکودت و بندش طرق صفراوی و یا آفت حجرات کبدی کرده لاکن این معاینه در تشخیص تفریقی این دو حالت کمك کرده نمی تواند .

۲-الکلین فاسفتاز سیروم . مقدار نارمل ان ۳ -۳ ۱ King - Armstrong (K -A) iu/Lit, ۵-۳۰ یا ۱۵-٤ واحد Bodansky بوده والکلین فاسفتاز بلند (۱۰۰iu/l یا زیاده تر 40 K- A units)یا سویه ترانس امیناز پائین دلالت به یرقان احتباسی کرده لاکن سویه این انزایم در یرقان cholestatic و هیپاتیتس نیز بلند بوده میتواند.

۳ تعین مقدار سیرم البومین . چون کبد یگانه عضو است که البومین را تولید مینماید بناً تعین مقدار البومین یك تست خوب وظیفوی کبد بوده وسویه پائین تر از ۲۵ L/g (۵ ،۲ گرام فی صد ملی لیتر) دلالت به ماوف شدن شدید وظایف کبدی کرده (در عدم موجودیت علت واضح ضیاع زیاد البومین) و در صورتیکه عملیات جراحی ایجاب نماید باید این عملیات تا حدتوان کوچك باشد. وبایدگفت که سویه البومین بالاتر از ۳۰ گرام فی لیتر(۳ g/۱۰۰ml) قناعت بخش و مصون میباشد .

٤ - سیروم ترانس امیناز (aminotransferases) - این انزایم ها در حجرات کبدی و عضله قلبی موجود بوده و افزایش سویه ان (بالاتر از ۱۰۰ واحد) در وقایع امراض حجرات کبدی وصرف در حالاتیکه کبد نسبت یرقان احتباسی مزمن ماوف شده باشد مشاهده میگردد.

۵ - سویه پروترومبین پلازما - هرگاه پائین باشد باید قبل ازعملیات ویتامین K تطبیق شود و در وقایع که این تداوی موثر واقع نگردد ماوف شدن شدید حجرات کبدی را نشان میدهد و بادر نظر داشت ذخایر زیاد کبدی جواب قناعت بخش نیز آفت کبدی را رد کرده نمی

تواند .

۶ - nucleotidase و ɣ-glutamyl transferase - غلظت این انزایم ها در خون در اثر فعالیت osteoblastic تغییر کرده بناءً این ها در تعیین منشه ازدیاد الکلین فاسفتاز که ممکن در اثر فعالیت عظمی ، معائی و همچنان کبدی باشد ارزش دارند - ɣ glutmyl transferase - بالخصوص در امراض کبدی الکولیك بلند میرود.

۷ - Alphafetoprotein - سویه بسیار بلند این پروتین غیر نارمل یك معاینه تشخیصیه برای هیپاتوما میباشد.

۸ - تست های خصوصی برای اشکال مخصوص امراض کبدی عبارت اند از:

الف - برای هیموکروماتوزس - آهن سیروم ، total iron - binding capicity و سیروم ferritin.

ب - مرض Wilson - مس سیروم ، مس ادرار، serum caeruloplasmin .

ج - کمبود α. 1 antitrypsin

۹ - تست های ایمینولوژیك در امراض کبدی:

الف - انتی بادی Antinuclear	بروز صفراوی و ابتدائی و هیپاتیتس فعال مزمن
ب - انتی بادی antimitochondrial	
ج - انتی بادی anti - smooth muscle	
د - انتی بادی Liver membrane	

۲ - بیوپسی کبد - از جمله معاینات معمول و با ارزش تشخیصیه بوده این معاینه در مریضانیکه تمایل به نزف دارند اجرا نشود واجرای آن در صورت موجودیت حبن خطر ناك بوده و کیست هیداتیك کبد باید رد شود زیرا سوراخ شدن کیست بصورت اتفاقی میتواند باعث انتشار پرازیت بداخل جوف پریتوان و شاك انافلاکتیك شود. سوزن بیوپسی درین معاینه در طرف راست و یا ناحیه اپی گاستریك تطبیق شده و اختلاطات آن نزف و پریتونیت صفراوی میباشد. بیوپسی کبد در ا مراض منتشر کبدی دارای ارزش فوق العاده زیاد بوده (مانند

سیروزس ، ریتیکولوزس و هیپاتیتیس) در حالیکه امراض موضعی مانند تومور ها ، گرانو لومای محراقی و غیره ممکن توسط این معاینه از نظر مخفی ماند. اتحاد این معاینه با -peri toneoscopy و یا به رهنمائی التراسوند یا CT scan ما را قادر میسازد تا بصورت مستقیم ازناحیه ماوفه بیوپسی اخذ کرد.

۳ - تکتیک های تصویری (Imaging technique).

الف - میتود های Noninvasive.

۱ - رادیوگرافی ساده بطن از نظر تشخیص ارزش کم داشته لاکن امکان دارد تکلس را مثلاً در کیست هیداتیک نشان دهید.

۲ - التراسوند. یك معاینه مصون ، ساده و میتود غیر مضر بوده و در تشخیص توسع قنات صفراوی ، سنگ های حویصل صفراء و هنچنان تومور های ابتدائی و ثانوی کبد و کیست ها ارزش خاص دارد.

۳ - Computed axial tomography - این معاینه در تعین طبیعت و ارتباطات تومور ها و کیست ها در کبد ارزش فوق العاده داشته و چون یك معاینه قیمتی است بناءً جهت دریافت معلومات بیشتر در مورد تومورى كه بار اول توسط معاینه التراسوند تشخیص شده بکار میرود .

٤ - **Radioactive scanning** - ایزوتوپ انتشار دهنده شعاع گاما مانند طلا colloidal I98 و Technetium 99 توسط سیستم ریتیکولواند و تیلیل اخذ شده و در تشخیص آفات محراقی کبد مفید میباشد. Rose- bangal نشانی شده با I 131 توسط پرانشیم کبدی جذب شده لاکن متاسفانه تراکم آن در حویصل صفرا با خیال حافه کبد مغشوش میگردد.

فعالیت کبد نارمل در تمام نواحی آن طور مساویانه بوده و آفات کبدی از قبیل ابسی ها کیست ها ، و تومور ها چون مواد رادیو اکتیف را جذب نمی نماید بناءً در معاینه Scan به شکل نقص امتلا مشاهده میشود . همچنان با این معاینه میتوانیم آفات خارجی را از قبیل ابسی های تحت حجاب حاجزی تشخیص کرد این معاینه آفات بزرگتر از۲ سانتی متر را به

آسانی تشخیص کرده لاکن Scan مثبت بطور غلط مشکل آن میباشد.

تنقیص عمومی در جذب مواد مذکور دلالت به تشوشات حجرات کبدی از قبیل سیروز کرده و باید گفت که این معاینه نسبت ارزش زیاد تشخیصیه الترا سوند و CT scanning کمتر مور د استفاده قرار میگیرد.

ب - میتود های Invasive .

الف - انژیو گرافی بوسیله coeliac axis ویا ارتیریو گرام مساریقی علوی بعضاً در تشخیص تغیرات وعائی در کبد ارزش داشته و این تغیرات ناشی انسداد وعائی یا آفت بدون اوعیه مانند یك کسیت ، ابسی و یا یك تومور وعائی میباشد.

۲ - Percutaneous Transhepatic cholangiography

۳ - Endoscopic retrograde cholangiopancreatograhpy (ERCP)

ضخامه کبد

علایم فزیکی

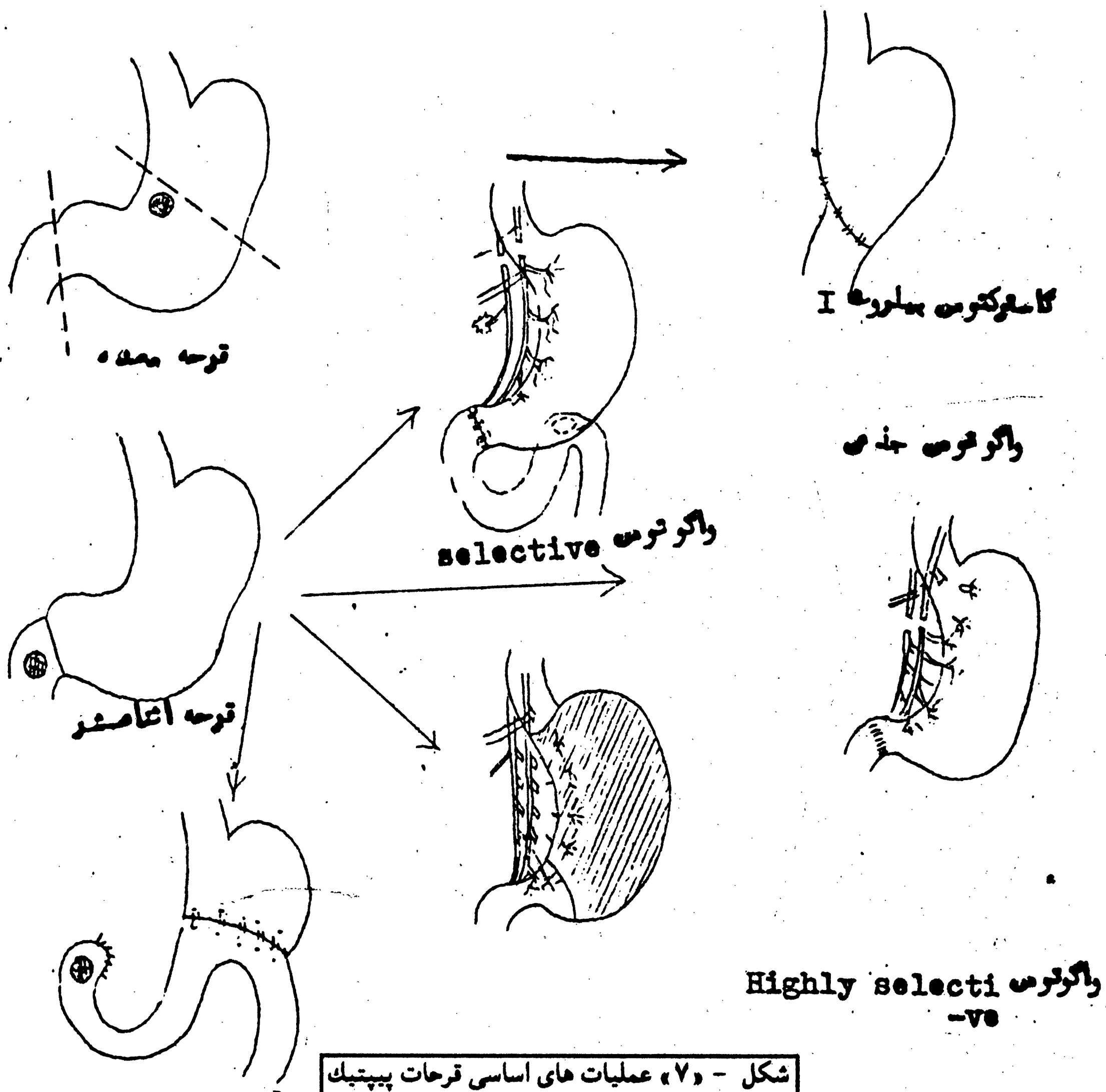
کبد اطفال شیر خوار بصورت نارمل دو انگشت پائین تر از حافه اضلاع قابل جس بوده و همچنان در اشخاص لاغر کاهل بالخصوص در اثنای شهیق عمیق کبد قابل جس میباشد. کبد بزرگ و ضخاموی یك کتله را می سازد که در تحت حافه ضلعی راست به طرف سفلی تمادی داشته و ممکن است زاویه تحت ضلعی را پر سازد و در صورت ضخامه زیاد در تحت حافه ضلعی چپ نیز جس میگردد کبد ضخاموی کتله را میسازد که با حرکات تنفسی متحرك بوده با قرع اصمیت داشته و این اصمیت با اصمیت کبدی تمادی دارد و در علوی نیز کبد سرحد طبیعی خویشرا که مسافه بین الضلعی پنجم است تجاوز مینماید.

اسباب ضخامه کبد

۱ - ولادی :

الف - فص ریدل (Riedel's lobe) .

ب - مرض پولی کیستیك.



شكل - «٧» عمليات هاى اساسى قرحات پيپتيك

براى قرحات معده ريزكشن با انسمتوز نوع بيلروت - يك - ،
براى قرحه اثناعشر
١ - گاسترو - ژيژونوستومى يا گاستركتومى نوع Polya پيلورو پلاستى با واگوتومى
٢ - واگوتومى selective
٣ - واگوتومى Highly selective
٤ - ريزكشن معده همرا با انسمتوز گاسترو ژوژنال در شكل عمليات polya نشان داده شده.

قبل از عمليات جراحى نزد مريضان مصاب قرحات پيپتيك لازم است تا چهار معاينه

۲ - التهابی:

الف - هیپاتیت انتانی (Infective hepatitis) .

ب - portal pyaemia .

ج - Leptospirosis (مرض Weil's).

د - اکتینو میکوزس .

۳ - پرازیتیك :

الف - التهاب وابسی امیبیك .

ب - کیست هیداتیك.

٤ - نیوپلاستیك.

الف - تومور ابتدائی.

ب - تومور میتاستاتیك یا ثانوی.

٥ - سیروزس:

الف - بابی.

ب - صفراوي.

ج - قلبي.

د - هیموکروماتوزس.

٦ - امراض Haemopoietic و reticulosis :

الف - هوجکن .

ب - لمفوما بدون هوجکن.

ج - لوکیمیا .

د - پولی سایتیمیا

۷ - امراض میتابولیك:

الف - امیلوئید.

ب - مرض گوشر (مرض Gaucher's).

زمانیکه کبد قابل جس باشد باید مریض فوراً جهت دریافت splenonegaly و

lymphadenopathy تحت معاینه قرار گیرد. هرگاه طحال نیز قابل جس باشد باید امراض از قبیل سیروز، پولی سایتیمیا، لوکیمیا و امیلوئید مد نظر باشد. و اگر علاوه بر آن عقدات لنفاوی نیز ضخاموی باشد در اینصورت تشخیص به گمان اغلب لمفوما میباشد.

یرقـــــــان
(Jaundice)

مقدار نارمل سیروم بیلوروبین پائین تر از 9 میکرو مول / لیتر (۰،۵ ملی گرام / صد ملی لیتر) بوده و از نظر سریری زمانی یرقان قابل تشخیص میگردد که مقدار بیلوربین سیروم از ۲ملی گرام فی صد ملی لیتر تجاوز نماید (۳۵ مکرومول فی لیتر).

یرقـــان ممـــکن است در نتـــیجه تخریب بیش از حـــد کریـــوات ســـرخ خون(Prehepatic- jaundice) ، ماوف شدن کبد (Hepatic jaundice) و یا انسداد طرق صفراوی (Post Hepatic jaundice) بوجود آید . یرقان شکل کبدی و شکل Post Hepatic اکثراً با هم یکجا موجود بوده بطور مثال سنگ طرق صفراوی اساسی قسماً در اثر بندش جریان صفراء وقسماً در اثر ماوف شدن کبد بصورت ثانوی (سیروز صفراوی) باعث یرقان میگردد همچنان در تومور های میتاستاتیك کبد و سیرو زمکن یرقان در نتیجه تخریب انساج کبدی و قسماً در اثر فشار بالای قنوات داخل کبدی بوجود آید .

تصنیف

الف - یرقان قبل از کبدی (Prehepatic Jaundice) :

تشوشات هیمولیتیك مانند spherocytosis' Pernicious anaemia .

و نقل الدم نا مناسب .

ب - یرقان کبدی (Hepatic jaundice) :

۱ - هیپاتیت (glandular fever, leptospirosis, viral).

۲ - سیروز .

۳ - Cholestasis (توقف اطراح صفرا) در اثر ادویه مانند chlorpromazine .

٤ - تسممات کبدی توسط فاسفورس ، کاربن تیترا کلوراید ، کلورو فارم و گرفتن مقدار زیاد paracetamol .

۵ - تومورهای کبدی .

ج - یرقان بعد از کبدی (Post Hepatic jaundice):

۱ - انسداد داخل لومن قنات صفراوی : سنگهای صفراوی.

۲ - آفات جدار قنات صفراوی:

الف - اتریزی و لادی قنات صفراوی اساسی.

ب - تضیق قنات صفراوی در اثر ترضیضات.

ج - تومور قنات صفراوی .

د - کولانژیتیس مزمن .

۳ - تحت فشار قرار گرفتن طرق صفراوی از خارج:

الف - تومور راس پانکراس.

ب - تومور امپول و اتر.

ج - پانکریاتیتیس.

تشخیص تفریقی یرقان

تشخیص تفریقی یرقان متکی به تاریخچه، معاینه مریض و معاینات مخصوص آن میباشد.

تاریخچه

تاریخچه کم خونی فامیلی ، splenectomy یا سنگهای صفراوی دلالت به نقص ولادی کریوات سرخ خون کرده (acholuric jaundice و غیره) یرقان همراه با مواد غایطه بیرنگ (Clay colored stool) و ادرار تاریك دلالت به یرقان کبدی یا بعد از کبدی میکند. در هر مریض مصاب به یرقان لازم است تا در مورد ترانسفوزیون در ماه های اخیر، ادویه جات (chorpromazine , paracetamole , methyldopa) ، معروض شدن

متواتر به هلوتان)، زرقیات و اعتیاد به الکول پرسان شود. آیا شخص مصاب به یرقان با مریض هیپاتیت ویروسی تماس داشته ایا شغل مریض چه است؟ (زارعین و کارگران مجاری فاضل آب در معرض مبتلا به leptosperosis قرار دارند).

اکثراً زردی بدون درد که در یك شخص جوان بصورت آنی بوجود میاید و کبد با جس درد ناك باشد منشه و یروسی داشته حمله های کولیکی شدید همراه با لرزه و یرقان متناوب دلالت به سنگ کرده زردی روز افزون همراه با درد های دوامدار که انتشار ظهری دارد به گمان اغلب دلالت به امراض خبیثه مینماید .

معاینه مریض

رنگ و تیره گی یرقان قابل اهمیت بوده ، زردی لیموئی رنگ دلالت به یرقان هیمولیتیك کرده (ناشی از ترکیب کم خونی و زردی خفیف) زردی زیاد و تیره دلالت به نوع کبدی و بعد از کبدی می نماید .

علایم سیروز کبد جستجو شود که اینها عبارتند از spider naevi ، سرخ و گرم بودن کف دستها (liver palm) ، gynaecomastia ، اتروفی خصیه splenomegaly ، و گاهی clubbing انگشتان . encephalopathy , flapping tremor ، همچنان ممکن حبن و اذیمای طرف سفلی نیز موجود باشد ولی این علایم بر علاوه سیروز در امراض خبیثه داخل بطنی نیز موجود میباشد .

معاینه خود کبد نیز مفید بوده که در هیپاتیت و یروسی کبد خفیفاً بزرگ و حساس بوده در سیروز حافه کبد سخت میباشد و ممکن است کبد کوچك و غیر قابل جس باشد کبد بسیار بزرگ با سطح غیر منظم دلالت به امراض خبیثه مینماید .

اگر حویصل صفراء متوسع و قابل جس باشد ممکن سبب یرقان سنگ نباشد (قانون Courvoesier) و در یرقان انسدادی post hepatic کبد اکثراً بطور یکنواخت بزرگ میگردد .

تومور پانکراس ممکن قابل جس باشد و یا محراق ابتدائی مرض خبیثه مانند میلانوما ممکن در معاینه آشکار شود.

splenomegaly دلالت به سیروز کبد، امراض خون یا لمفوما کرده که در مریضی اخیر ممکن لمف ادینوپاتی واضح نیز موجود باشد .

معاینات خصوصی

قبل از همه باید یاد آوری شود که تشخیص تفریقی یرقان prehepatic از کبدیْ و post hepatic آسان بوده لاکن تشخیص تفریقی بین دو شکل اخیر بسیار مشکل میباشد و طوریکه قبلاً گفته شد این دوشکل یرقان اکثراً بصورت مترافق باهم موجود می باشد. معاینات لابراتواری تا اندازه در تشخیص کمك کرده لاکن به هیچ وسیله یك معاینه کاملاً تشخیصه نمی باشد. تکتیك های تصویری غرض مشاهده کبد، حویصل صفراء و پانکراس گرانبها بوده در حالیکه توسط کانولیشن اندو سکوپیك قنات صفراْوی و Transhepatic duct puncture میتوانیم سیستم قنوات صفراوی را مشاهده نمائیم باوجود آن تشخـــــیص نهائی میتواند صرف در اثنای لپراتومی وضع شود .

دانستن بهتر میتابولیزم صباغات صفراوی و اطراح آنها برای درك معاینات لابراتواری در یرقان ضروری و لازم است .

کریوات سرخ خون در سیستم ریتیکواند و تیلیل تخریب شده و حلقه porphyrin مالیکول هیموگلوبین شکسته و کامپلیکس بیلوربین - آهن - گلوبین ، بوجود میاید آهن ازین کامپلیکس آزاد شده و در سنتیز هیموگلوبین در مخ عظم دوباره ازآن استفاده میشود قسمت بیلوربین - گلوبین به شکل یك ماده غیر منحل در آب و منحل در شحم به کبد میرسد. در کبد بیلوربین با اسید گلوکورونیك ترکیب شده و در صفراء به شکل بیلوربین - دای گلوکورونايد که منحل در آب میباشد اطراح میگردد .

بیلوربین در داخل لومن امعاء توسط باکتری ها به یوروبلینوژن بیرنگ تبدیل شده و یك قسمت زیاد آن توسط مواد غایطه اطراخ میگردد و باید گفت که یوروبیلینوژن در مواد غایطه به یوروبلین تبدیل شده یوروبیلین که صباغی است با دیگر محصولات که در نتیجه تخریب بیلوروبین بووجود می آید به مواد غایطه رنگ طبعی آنرا میدهد. مقدار کمی از یوروبیلینوژن از امعاء جذب و بوسیله ورید باب به کبد میرسد یك قسمت زیاد یوروبیلینوژن یکبار دیگر

توسط کبد به امعاء اطراح شده و یك مقدارکم آن به دوران سیستمیك رسیده ، و توسط کلیه ها در ادرار اطراح میگردد زمانیکه ادرار در معرض هوا قرار میگیرد یورور بیلینوژن آن به یورو بیلین اکسیدایز میگردد.

بیلوروبین جز به شکل منحل درآب (conjugated) توسط کلیه ها اطراح نشده، بناءً در یرقان prehepatic بیلوروبین در ادارار وجود ندار د(اصطلاح قدیم یرقان acholuric) اگر چه در یرقان انسدادی بعد از کبدی این ماده در ادرار یافت میشود.

در یرقان نوع قبل از کبدی مقدار زیاد بیلوروبین به داخل امعاء اطراح شده بناءً مقدار یورربیلینوژن در مواد غایطه بلند میرود و مقدار جذب دوباره آن از امعاء افزایش یافته و بدین ترتیب مقدار اضافی آن وارد ادرار میگردد.

در آفات کبدی نیز مقدار یورو بیلینوژن ادرار نسبت عدم قادر بودن کبد در دفع و اطراح یورو بیلینو ژن جذب شده از امعاء ممکن بلند باشد.

در انسدادا بعد از کبدی چون مقدار بسیار کم صفرا میتواند به امعاء برسد بناءً مقدار یوروبیلینو ژن هم در مواد غایطه و هم در ادرار کم میباشد.

با در نظر داشت نکات فوق حالا میتوان دریافت های مهم لابراتواری را در انواع مختلف یرقان قرار ذیل خلاصه کرد:

۱ - ادرار

موجودیت بیلوروبین درادراردلالت به یرقان انسدادی چه داخل کبد ویابعدازکبدی مینماید.

ازدیاد یورو بیلینوژن در ادرار دلالت به یرقان قبل از کبدی و بعضاً آفت کبدی کرده در حالیکه عدم موجودیت آن در ادرار اسباب انسدادی را نشان میدهد.

۲ - مواد غایطه

عدم موجودیت صباغات صفراوی در مواد غایطه اسباب داخل کبدی یا بعد ا زکبدی را نشان داده یوروبیلینوژن مواد غایطه در یرقان قبل از کبدی بلند میرود تست occult blood ممکن از باعث خونریزی واریس مری در نتیجه فرط فشار باب (سیروز کبدی) ویا کرسیومای ا مپولا که باعث انسداد فوهه قنات صفراوی اساسی ونزف به داخل اثنا عشر

میگردد مثبت باشد.

۳ - خون - معاینات مکمل هیماتولوژیك (Coomb 's test,RBC fragility تعداد reticulocyte)اسباب هیمولیتیك را روشن میسازد.

مقدار بیلوروبین سیروم همیشه در یرقانات بلند میرود و مقدار آن در یرقان قبل از کبدی از ۵ ملی گرام فی صد ملی لیتر (۱۰۰ میکرومول فی لیتر)نادراً بلند میرود لاکن در یرقان نوع انسداد ی ممکن بلند تر باشد در صفحه موخر امراض خبیثه ممکن مقدار آن از ۵۰ ملی گرام فی صد ملی لیتر (۱۰۰۰ میکرومول فی لیتر) تجاوز نماید.

در یرقان قبل از کبدی (pre-hepatic) بیلوروبین به شکل unconjugated در خون موجود بوده در یرقان انسدادی خالص بعد از کبدی بیلوروبین خون بیشتر به شکل conju-gated موجود بوده در حالیکه در یرقان کبدی نسبت توأم بودن تخریب حجرات کبدی و انسداد قنوات داخل کبدی ، بیلوروبین سیروم مخلوطی از شکل conjugated و uncon-jugated میباشد.

در یرقان pre-hepatic مقدار الکلین فاسفتاز نارمل بوده (۹۰ - ۳۳۰ IU فی لیتر) در یرقان کبدی مقدارآن بلند رفته و در یرقان hepatic و سیروز صفراوی ابتدائی مقدار آن بطور قابل ملاحظه (بالاتر از ۶۰۰ iu/L) بلند میرود.

مقدار سیروم پروتین در یرقان قبل از کبدی نارمل بوده در یرقان کبدی نسبت بین البومین و گلوبولین نسبت کم شدن مقدار البومین معکوس میگردد و در یرقان بعد از کبدی در صورتیکه حجرات کبدی ماوف نشده باشد مقدار پروتین سیروم اکثراً نارمل است.

مقدار ترانس امیناژ های سیروم در هیپاتیت حاد ویروسی و در مرحله فعال سیروز افزایش می یابد.

زمان پروترومبـــین (Prothrombin time) در یرقان قبل از کبدی نارمل ، در یرقان بعد از کبدی طولانی شده لاکن با تجویز ویتامین K قابل اصلاح می باشد (در وقایع که نسج وظیفوی کبد موجود و باقی مانده باشد) و در یرقـان کبدی پیش رفته نه تنها زمان پروترومبین طولانی است بلکه این عارضه با تجویز ویتامین K نیز اصلاح نمی گردد. زیرا علاوه بر اینکه جذب ویتامین K منحل در شحم مختل شده کبد ماوف نیز قادر به سنتیز

پروترمبین نمی باشد.

٤- Ultrasound و CT scanning .

از جمله معاینات بسیار مفید و بی ضرر بوده و درجه صحت آن در سنگ داخل حویصل صفراء فوق العاده زیاد بوده لاکن متاسفانه سنگ داخل قنات صفزاوی بعضاً مشاهده نشده توسع قنوات داخل کبدی دلالت به انسداد طرق صفراوی کرده بناءً در صورتیکه قنوات متوسع نباشند سبب یرقان انسداد طرق صفراوی نمی باشد. هر دو تکنیك در آشکار ساختن آفات داخل کبدی (مانند میتاستاز های توموری ، ابسی ، کیست) با ارزش بوده که بعداً تحت کنترول scan سوزن بیوپسی بصورت درست تطبیق شده میتواند. موجودیت کتله درپانکراس اکثراً تشخیص شده لاکن تشخیص تفریقی بین کارسینوما و پانکریاتیت مزمن مشکل میباشد.

٥-رادیوگرافی بطن

رادیوگرافی ساده بطن ممکن است سنگهای صفراوی را نشان دهد. (۱۰٪ سنگهای صفراوی رادیو اوپك اند). کولی سیستوگرافی در صورت موجودیت یرقان بی فایده بوده زیرا ماده کثیفه توسط کبد ماوف شده اطراح نمیگردد.

ممکن واریس مری را در یرقان ناشی از سیروزنشان دهد و یا ممکن سوء شکل اثناعشر را از باعث تومور پانکراس یا نیوپلازم ابتدائی معده را نشان دهد در بعضی حالات یرقان انسدادی میتوان قبل از عملیات کولانژیو گرافی ترانس هیپاتیك را انجام داد که در اینصورت در یکی از شعبات توسع یافته قنات صفراوی مستقیماء پانکسیون اجراء و زرق مواد کثیفه دران، محل دقیق انسداد را مشخص میسازد و این عمل باید چند لحظه قبل از مداخله جراحی صورت گیرد زیرا در صورت یرقان انسدادی بعد از کشیدن سوزن لیکاژ صفراوی معمولاً مشاهده میشود . معاینه مفید دیگر عبارت از کولانژیوگرافی Retrograde از طریق سندی میباشد که با مشاهده مستقیم بوسیلهٔ دودینوسکوپ فیبراوپتیك وارد امپول واتر میگردد. و در این معاینه تومور پیری امپولری نیز بصورت مستقیم مشاهده میگردد.

کولانژیوگرافی ترانس هیپاتیك و ریتروگراد هر دو به منظور تطبیق dilators و stents ممکن بکار رود.

۶ - Isotope scanning کبد

در این معاینه از ایزوتوپی استفاده میشود که اشعهء گاما پخش میکند و بعد از زرق در صفراء اطراح میگردد و به این منظور131 I نشانی شده Rose bengal یا HIDA که توسط هیپاتوسیت ها جذب و در صفراء اطراح میگردد یا colloidal _ technetium که داخل حجرات Kupffer ماکروفاژ میگردد بکار میرود. آفات که حاوی انساج وظیفوی کبد نمی باشد مانند تومور میتاستاتیك ابسی و یا کیست ها در معاینه scan به شکل یك defect مشاهده میشود.

۷ - بیوپسی توسط سوزن

هرگاه uotrasound scan توسع طرق صفراوی را نشان ندهد در اینصورت آفت انسداد ی موجود نه بوده و بیوپسی کبد توسط سوزن معلومات مهمی را در مورد پتالوژی کبد (مانند هیپاتیت و سیروز) ارایه مینماید. اگر التراسوند آفات محراقی را در کبد آشکار سازد میتوانیم تحت کنترول scanning بیوپسی اخذ کرد. بیوپسی توسط سوزن در صورت موجودیت یرقان خطرناك بوده و اگر زمان پروترومبین طویل باشد باید قبل از اجرای بیوپسی با تطبیق Vit K اصلاح گردد و وقوع نزف به تعقیب بیوپسی ایجاب لپراتومی عاجل را مینماید.

۸ - لپراتومی (Laparotomy)

چون یکتعداد زیاد اسباب یرقان بعد از کبدی را میتوان توسط عملیه جراحی تداوی کرد بناً در وقایع مشکوك لازم است تا لپراتومی اجراء گردد حتی در حالاتیکه سبب یرقان کاملاً کبدی فکر میشود اما از ترس اینکه مبادا یك آفت قابل علاج ساده (مانند سنگ در قنات صفراوی اساسی) ازنظر مخفی مانده باشد لپراتومی توصیه میشود.

انومالی های ولادی

فص ریدل (Reidl,s lobe) عبارت از یك برامدگی فص راست کبد بطرف سفلی میباشد که ازنسج کبدی نارمل تشکیل شده و ممکن یك کتله مشکوك و بدون اعراض بطنی را بوجود آورد.

کبد پولی کیستیك ممکن جسامت بسیار بزرگ را اختیار نماید لاکن قسمت باقیمانده کبد وظایف خویش را طور نارمل پیشبرده و این انومالی ممکن با کلیه و پانکراس پولی کیستیك همراه باشد.

ترضیضات کبد

وقوعات

کبد یکی از احشای بطنی است که بعد از طحال زیاد تر به ترضیض معروض میگردد در سابق زیاد ترین اسباب ترضیض کبد جروحات نافذه بوده اما در حال حاضر ازدیاد ترافیك باعث افزایش وقوعات ترضیضات کبدی شده است.

وقایع تمزقات ترضیضی کبد که به شفاخانه میرسند اکثراً مترافق با آفات سایر احشای بطنی و ترضیض صدر بوده و باید گفت که ترضیضات کبد در اطفال زیاد تر مشاهده میشود.

تمزق بنفسه کبد در حالات پتالوژیك مشاهده شده چنانچه وقایع آن در مریضان مصاب کارسینومای ابتدائی و ادینومای سلیم کبد و همچنان در توکسیمیای حاملگی راپور داده شده است تمزق کبد در اطفال نوزاد ناشی از ترضیضات زمان ولادت بوده و زیاد تر در اطفال Post mature که وزن زیاد تر از حالت نارمل دارند مشاهده میشود.

پتولوژي

ترضیضات و جروحات کبد میتواند subcapsular,Transcapsular و یا مرکزی (central) باشد ، زمانیکه تمزق کبد کپسول Glisson را نیز در برگیرد خون و صفراء داخل جوف پریتوان شده و هر گاه کپسول سالم باقی ماند در اینصورت خون اکثراً در وجه علوی کبد بین کپسول و پرانشیم کبدی تجمع مینماید. تمزق مرکزی کبد عبارت ازانشقاق و پارگی پرانشیم کبدی بوده و ترضیضات کند کبدی می تواند با امبولی پرانشیم کبدی به قلب راست و ریه که اکثراً باعث مرگ میگردد همراه باشد.

هرگاه جرحه کبدی نزدیك سویق(hilus)باشد بزودی باعث مرگ شده و این مریضان نادراً

ذیل اجراگردد:

۱ - تعیین مقدار هیموگلوبین - زیرا این مریضان برای مدت زیادی از غذا های فاقد آهن استفاده کرده و ممکن خون ریزی مخفی نیز داشته باشند.

۲ - معاینه دندان ها - که اکثراً ایجاب تداوی را کرده ودر صورتیکه مریض نتواند غذا را بصورت درست بجود از رژیم غذایی استفاده درست کرده نتوانسته علاوتاً کرم خوردگی دندان زمینه را برای parotitis بعد از عملیات مساعد ساخته و باعث افتادن و انشاق دندان ها در اثنای induction انستیزی شده میتواند.

۳ - ویتامین سی - این مریضان مصاب کمبود vit. C بوده که علت آن استفاده مریضان از عذا هایی است که فاقد سبزیجات و میوه جات می باشد.

٤ - چون این مریضان اکثراً به سگرت اعتیاد دارند و نزد شان سرفه مزمن موجود میباشد بناءً باید سگرت ترك داده شود و فزیوتراپی قبل از عملیات و بعد از آن جهت جلو گیری از کولابس ریوی بعد از عملیات صورت گیرد.

اختلاطات بعد از عملیات

اختلاطاتمقدم

عملیاتهای قرحات پیپتیك نیز مانند سایر عملیاتهای بطنی دارای اختلاطات بوده و این اختلاطات عبارتند از :انسداد فلجی ، نزف ، التهاب پانکراس ، انسداد میخانیکی ، امعاء چلیدن کوکهای ناحیه تفممی و فیستول اثناعشری. علاوتاً بعد از عملیات واگوتومی گاهی تخلیه معده بطی شده و عسرت بلع گذری را سبب شده میتواند . با وجود ان جراحی در عصر حاضر مصون بوده و ممکن در هر هزار مریض صرف ۱ - ۲ مریض در صفحه مقدم بعد از عملیات در نتیجه مستقیم جراحی انتخابی قرحات پیپتیك فوت نماید.

اختلاطات موخر بعد از عملیات

الف - post gatrectomy syndrome

با وجود اینکه تقریباً ۸۵ ٪ مریضان مصاب قرحه پیپتیك از گاستریکتومی قسمی نوع

جهت تداوی جراحی به شفاخانه می رسند.

ترضیضات غیر نافذه باعث تمزق قسمت قدامی علوی کبد شده و قبه کبد مخصوصاً در اشخاص مسن مصاب به آفت میگردد همچنان در جروحات نافذه قسمت سفلی صدر نیز اکثراً قبه کبد ماوف شده و نسبت ماوف شدن فص راست بر فص چپ ۱:۷ میباشد.

تظاهرات سریری

مریض به تعقیب ترضیض از درد بطن شاکی بوده ویا معاینه حساسیت منتشر بطنی با علایم نزف روبه ازدیاد دریافت میگردد.

CT scanning در صورت دسترسی به آن یك معاینه خوب بوده و در تعین افت و تشخیص تفریقی آن از تمزق طحال کمك میکند . هماتومsub capsular میتواند بصورت موخر تمزق و چند ساعت بعد از ترضیض باعث درد بطنی و شاك شود.

تشخیص

تمام مریضانیکه مصاب ترضیض قسمت علوی بطن و سفلی صدر میشوند باید ترضیض کبد نزد شان مد نظر باشد . لاکن در صورت مشکوك بودن آفت مخصوصاً در مریضانیکه حالت شعوری خوب ندارند و دریافت علایم پریتوانی نزد شان مشکل است جهت دریافت هیموپریتونیم ، لواژ پریتوانی یك معاینه مفید میباشد .

تداوي

جروحات و ترضیضات کبد را میتوانیم در صورت ثابت باقیماندن علایم حیاتی مریض با تطبیق نقل الدم و مراقبت جدی بصورت محافظه کارانه تداوی کرد. اما چون نزد این مریضان اکثراً نزف ادامه می یابد و از طرف دیگر طوریکه قبلاً ذکر گردید احتمال آفات سایر احشای صدری و بطنی نیز میرود. بناءً باید نزد تمام این مریضان لپراتومی اجراء گردد.

بطن این مریضان توسط یك شق خط متوسط که بطرف راست صدر ویا توسط یك median Sternotomy بطرف صدر تمادی داده میشود باز شده و اوعیه خون دهنده جدار و

عمق ناحیه انشقاقی لیگاتور شده وانشقاق کوچك کبد خیاطه گذاری میگردد.

باید گفت که اصول و پرنسیپ تداوی جراحی در جروحات کبدی ، توقف نزف با اجرای یك عملیه کوچك بوده هرگاه نزف ادامه یابد شعبه مربوطه شریان کبدی بسته شود و اگر با وجود آن نزف توقف نکرد ممکن ریزکشن یك فص کبد لازم باشد. بخاطر باشد که در صورت خراب بودن وضع عمومی مریض، packing موقتی جروحات کبدی و دور نمودن آن بعد از ٤٨ ساعت بعضاً باعث نجات حیات مریض میگردد. و چون نزد این مریضان نسبت ماوف بودن کبد خطر انتان زیاد میباشد بناءً باید انتی بیوتیك غرض جلوگیری از انتانات توصیه شود.

ابسی های کبد

ابسی های کبد توسط دو عامل مرضی مجزا یعنی انتانات پیوجنیك و Entamoeba Histolytica بوجود آمده و چون تظاهرات سریری و تداوی این دو نوع ابسی از هم فرق دارند بناءً آنها را بصورت جداگانه مطالعه مینماییم.

ابسی های پیـــــوژنیك كبد

(Metastatic liver abscess)

ایتولوژی

اسباب ابسی های پیوژنیك کبد در اکثر وقایع معلوم و قابل دریافت بوده و انتان از پنج طریق ذیل به کبد میرسد:

١ - از طریق ورید باب - درسیر اپاندیسیت حاد ، التهاب دیورتیکول، کارسینومای منتن کولون مخصوصاً بعد از ریزکشن آن نادراً ulcerative colitis ، actinomycosis حفره حرقفی راست ، هیموروئید التهابی ، تیفوئید و پاراتیفوئید .

٢ - از طریق طرق صفراوی - که معمول ترین طریق انتشار انتان بوده و در اینصورت انتان از باعث بندش سنگ در قنات صفرای اساسی ویا تضیق ان از باعث تومور های سلیم و خبیث سیر صاعده را اختیار کرده و به کبد میرسد.

۳ – از طریق شریان کبدی – که انتان در اثر سیپتی سیمیا و یا pyaemia از باعث اکتینو میکوز رقبی وجهی و کیست هیداتیك منتن به کبد میرسد.

٤ – از حذای ثره – در اینصورت انتان از طریق ورید ثروی طفل نوزاد و یا اورده -Para umbilical به کبد میرسد.

۵ – در اثر انتشار مستقیم – از باعث ابسی های تحت حجاب حاجزی ، empyema صدری و انتانات نافذه .

از نظر باکترولوژي. در این ابسی ها در ۵۰ ٪ وقایع E,coli در ۳۰ ٪ وقایع ستافیلو کوکوس و در ۲۰ ٪ وقایع bacteiroid دریافت شده است.

وقوعات مرض در هر سن و سال مشاهده شده و هر دو جنس را بصورت مساویانه مصاب میسازد. ابسی های کبدی در سریریات به شکل واحد و متعدد بوده و زیاد تر لوب را ست را مصاب میسازد.

تظاهرات سریری

چون ابسی پیوجنیك کبد در سیر یك تعداد امراض وخیم دیگر مشاهده میگردد. لذا ذکر تظاهرات سریری آن بطور مجزا مشکل بوده و عموماً اعراض و علایم ان با اعراض و علایم مرض ابتدائی بصورت مشترك مشاهده میگردد که اینها عبارتند از:

تب – که اکثراً از باعث مرض ابتدائی موجود بوده اما زمانیکه ابسی تاسس نمود تب شدید شده و اکثراً مترافق با لرزه و عرق میباشد.

درد – درد ناحیه کبدی چند روز بعداز تب برای مریض نمایان شده و ناحیه کبدی فوق العاده حساس میباشد. درد با حرکت زیاد شده و میتواند به شانه راست انتشار نماید ضخامه کبد در ۳۰ – ٦۰ ٪ وقایع موجود بوده و حساسیت کبدی در نصف وقایع موجود است.

یرقان – این عرض ممکن در صورت بزرگ بودن ابسی ویا متعدد بودن آن مشاهده شود.

- دلبدی و استفراغ .
- بی اشتهائی.

معاینه لابراتواری و تشخیصیه

در معاینه خون تعداد لوکوسیت ها ۱۸ - ۲۰ هزار بوده و در اکثرمریضان کم خونی تثبیت میگردد. کلچر خون در ۳۰ ٪ مریضان مثبت بوده تست های ، وظیفوی کبد گرچه ارزش تشخیصی ندارد اما سویه الکلین فاسفتار اکثراً از حد نارمل بلند است و نزد مریض هیپوالبومینیمیا دریافت میگردد و در صورت ابسی های متعدد سویه پیلوروبین خون نیز بلند میرود .

در کلیشه رادیوگرافی حجاب حاجز راست نظر به حالت طبعی بلند رفته و با حرکات تنفسی اشتراك نمی کند و در ۳۰ ٪ مریضان انصباب پلورا طرف راست دریافت میشود و در صورتیکه عامل ابسی باکتریهای مولد گاز باشد در ساحه مذکور سوَیه گاز و هوا مشاهده میشود .

scanning کبد، التراسونوگرافی و انژیوگرافی از جمله معاینات مهم تشخیصه بوده و در صورتیکه ابسی بیشتر از ۲.۵ سانتی متر قطر داشته باشد موقعیت و بزرگی ابسی را بطور واضح نشان میدهد .

تداوی

تداوی اساسی ابسی های پیوژنیک کبد عبارت از تطبیق یك انتی بیوتیك مناسب از قبیل aminoglycoside ها ، Clinamycin یا Metronidazole و دریناژ آن توسط عملیه جراحی در وقایع انتخابی می باشد.

نزد این مریضان تحت رهنمائی التراسونوگرافی و CTscan می توانیم توسط Fine needle aspiration یك مقدار چرك را جهت معاینه مستقیم و کلچراخذ و بعداً انتی بیوتیك مناسب راشروع نمائیم در صورتیکه ابسی واحد و یا متعدد بزرگ موجود باشد میتوان ابسی مذکور را به رهنمائی التراسونوگرافی و CTsc an از طریق جلد دریناژ کرد. هر گاه

ابسی بصورت ثانوی از باعث افات داخل بطنی بوجود آمده باشد لپراتومی جهت تداوی آفت ابتدائی و دریافت ابسی های دیگر در کبد استطباب داشته و ابسی مذکور باید توسط تیوب درنیاژ شود و درن الی توقف درنیاژ کشیده نشود . و نزد این مریضان سیر و پیشرفت آفت توسط التراسونوگرافی و CTsc an تعقیب شده می تواند .

انذار و اختلاطات

مریضانیکه ابسی واحد پیوجنیک کبد دارند ۲۴ ٪ وفیات داشته در حالیکه در ابسی های متعدد این رقم به ۷۰ ٪ بلند میرود و فیصدی و فیات در مریضانیکه نزد آنها درنیاژ صورت نگرفته به ۱۰۰ ٪ میرسد .

ابسی امیبیك کبد

(Dyentric abscess, tropecal abscess)

پرازیت آمیب تقریباً ۱۰ ٪ مردم جهان را منتن ساخته و ابسی امیبیك کبد مرحله نهائی التهاب کبدی امیبیك (Amoebic hepatitis) میباشد . التهاب امیبیك کبد ممکن به شکل یك اختلاط در سیر پیچش امیبی مشاهده شود . ابسی امیبیك زیاد تر در سنین ۳۰ - ۴۰ سالگی مشاهده شده و مردها نظر به خانم ها زیاد تر مصاب مرض میگردد (۹: ۱)

پتولوژی

Enta amoeba histolytica از یك قرحه امیبی جدار کولون داخل یك شعبه ورید مساریقی سفلی شده و توسط ورید باب به کبد میرسد که اکثراً در قسمت علوی و خلفی فص راست کبد جاگزین شده و شروع به تکثر مینماید و بصورت موضعی باعث تولید یك مایع نکروزی میگردد ، باید گفت که اندازه تخریب کبد متناسب به بزرگی کالونی امیب ، مقاومت میزبان و انتانات ثانوی بوده و ابسی در ۷۰ ٪ وقایع واحد و در ۳۰ ٪ باقیمانده متعدد میباشد. ابسی امیبیك کبد دارای یك قیح وصفی چاکلیتی رنگ و یا گلابی رنگ

(anchovy sauce) بوده و متشکل از حجرات تخریبی کبد، لوکوسیت ها و کریوات سرخ خون بوده اما ناگفته نماند که در یکتعداد وقایع قیح مذکور نسبت مخلوط شدن با صفراء سبز رنگ بوده میتواند و تقریباً در نصف وقایع قیح مذکور برعلاوه E.histolytica دارای ستافیلوکوک ستریپتوکوک ها و E.coli نیز بوده و در باقی وقایع (به استثنای ابسی های مزمن که در چند قطره اخیری چرك و یا شستشوی جدار ابسی در اثنای عملیات آمیب متحرك را دریافت کرده میتوانیم) قیح مذکور معقم میباشد. ابسی های مذکور نسبت حادثه peri-hepatitis سبب میشود تا کبد را با حجاب حاجز و جدار بطن اکثراً التصاق بدهد.

سیرمرض

ابسی امیبیك کبد میتواند سیر های مختلف ذیل را اختیار نماید :

۱ - مریض میتواند در مرحله مقدم amoebic hepatitis که احتمال تشکل ابسی میرود توسط metronidazole تداوی و شفایاب شود لاکن مولفین در مورد موجودیت یك مرحله هیپاتیت بدون تشکل ابسی شك و تردید داشته و احتمال میرود که در این حالات ممکن تداوی باعث رشف ابسی و یا ابسی های کوچك شود.

۲- ابسی مذکور اکثراً کبد را بطرف علوی بزرگ میسازد.

۳ - ابسی میتواند توسط یك کپسول احاطه و برای مدت طولانی بدون اعراض باقی ماند.

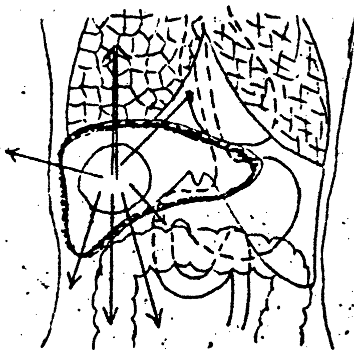
٤ - در صورت عدم تشخیص و تداوی ابسی مذکور میتواند به نواحی ذیل تمزق نماید :

الف - ریه راست .

ب - بداخل جوف پریتوان.

ج - به جوف پلورای راست.

د -بصورت نادربداخل یکی



شکل ۵۳ نواحی که دران ابسی امیبیك کبد میتواند تمزق نماید

از احشای مجوف بطنی.

استثناً بطرف تحت جلد.

باید گفت که تمزق و راه یافتن ابسی کبدی بداخل ریه و اطراح قیح چاکلیتی رنگ با تقشح بعضاً باعث شفای مرض شده میتواند .

منتن شدن ابسی امیبیك کبد با باکتریها یکی از اختلاطات و خیم و معمول مرض میباشد ابسی های واحد امیبیك کبد اکثراً با ادویه مخصوص مرض و دریناژ تداوی شده در حالیکه انذار ابسی های امیبیك متعدد کبد خراب میباشد.

تظاهرات سریری

ابسی امیبی کبد در یك مریض منطقه حاره یا تحت حاره دفعتاً به تعقیب یك حمله پیچش امیبی ظاهر شده و بعضاً بصورت موخرحتی چند ماه بعد از پیچش مشاهده شده می تواند. نادراً مرض در یك ناقل صحتمند و یا اشخاصیکه اسهال خفیف داشته و مرض تشخیص و تداوی نشده نیز مشاهده شده میتواند . این مرض زیاد تر مردان جوان را مصاب میسازد .

اعراض مقدم مرض

کم خونی ، ضیاع وزن ، و چهره خاکی رنگ از اعراض مقدم مرض است .

تب – تب ۳۸ درجه یا زیاد تر از آن از طرف شب با عرق زیاد اکثراً موجود بوده و در مرحله مقدم مرض مخصوصاً لرزه وجود دارد .

درد – که بصورت ثابت در ناحیه کبدی موجود بوده و بعضاً به شانه راست انتشار دارد. درد با حرکت زیاد شده بناً در اثنای حرکت مریض کبد بزرگ خویش را با دست محکم نگهه میدارد .

حساسیت و rigidity – که در مرحله حاد مرض با کولی سیستیت حاد قابل مقایسه بوده لاکن در واقعات مزمن مرض ممکن حساسیت وجود نداشته باشد.

ضخامه کبد ممکن دریافت شود . بخاطر باشد که نسبت حادثه perihapatitis و تثبیت کبد به احشای مجاوره کبد به سفلی بزرگ شده نتوانسته در حالیکه ابسی به داخل آن وجود

دارد .

الترا سوند و CT scanning میتواند توضع آفت را تعین نماید .

علامه قاعده ریه (Basal lung sign) در طرف مربوطه و اصمیت در قرع موجود است.

لوکوسیتوز تقریباً در تمام وقایع موجود بوده و تعداد پولی مورفونوکلیر به ۷۵٪ میرسد کم خونی در صورتیکه موجود باشد بسیار شدید نیست .

برای دریافت آمیب و کیست آن باید مواد غایطه چندین بار معاینه شود و عدم در یافت آمیب تشخیص را رد کرده نمی تواند .

سیگموئیدوسکوپی بعضاقرحه وصفی امیبیك را نشان داده و در بیوپسی مخاط می توانیم پرازیت را دریافت نمائیم.

رادیوگرافی (بوضعیت قدامی خلفی و جنبی) اکثراً قبه حجاب حاجز طرف راست را بلند و تثبیت شده نشان میدهد .

تشخیص قطعی صرف وقتی امکان دارد که قیح وصفی توسط اسپریشن استکشافی دریافت شود .

بعضاً ابسی امیبیك کبد بدون اعراض بوده که در اینصورت آفت میتواند التیام نماید و ممکن در اثنای اتوپسی و یا آفت متکلس توسط رادیوگرافی اشکار و تشخیص گردد.

تست وظیفوی کبد در تشخیص مرض کمك نکرده و بیوپسی کبد نسبت خطر منتن شدن جوف پلو را توصیه نمی شود . اسپریشن ابسی بصورت حتمی تشخیص را تائید نکرده زیرا بعضاً آمیب در آن مشاهده نمی شود .

تست های سیرولوژیك - تست غیر مستقیم Haemagglutination در اکثر مریضان (+) بوده و تست Gel diffusion precipitive که یك تست ساده و ارزان میباشد در ۹۵٪ مریضان (+) است .

تداوی

دوای انتخابی ابسی امیبیك کبد (Flagyl) metronidazole می باشد که ۸۰۰

ملی گرام ســـه مرتبه در روز برای(۷ - ۱۰) روز توصـــیه میشود. جواب منفی مقابل این دواکم بوده و عوارض جـانبی ان نظر به emetine توکسیـــك و کلوروکین کمتر می باشد .

اسپریشن - ابسی های امیبیك کوچك بدون اسپریشن جواب داده و در صورت که مریض در ظرف ۵ روز با تداوی توسط میترونیدازول جواب ندهد و یا ابسی بزرگ و مریض بسیار توکسیك باشد باید از اسپریشن توسط سوزن استفاده شود .

ابسی امیبیك کبد که بصورت ثانوی منتن شـده اند باید در مرحـــله اول مانند فوق تداوی شود و انتانات مذکور را میتوانیم توسط معاینه باکترو لوژیك قیح تعین و تشخیص نمائیم .

کیست هیداتیک کبد

کیست هیداتیك کبد عبارت از یك تومور کیستیك است که توسط تینیا ایکینو کوکوس (Taenia echenococcus) بوجود میاید. پرازیت مذکور بحالت کاهل در امعاء سگ زندگی کرده و تخم های آن که توسط مواد غایطه سگ اطراح میگردد آب و سبزیجات را ملوس میسازد. و این تخم ها با گرفتن آب و سبزیجات منتن داخل بدن انسان وحیوانات میگردد .

گر چه لاروا تینیا ایکینو کوکوس می تواند در نواحی مختلف بدن جاگزین شود لاکن در ۸۰ ٪ وقایع در کبد (اکثراً فص راست) توضع کرده و بعداً بالترتیب ریه عضلات دماغ طحال ، کلیه ها ، فقرات و سایر احشاء را مصاب میسارد. دو شکل مرض هیداتیك انسان موجود میباشد:

۱ - Echinococcus granolosus که باعث مرض هیدا تیك نزد انسان میگردد .

۲ - Echinococcus alveolaris یا Multilocularis که شکل نادر مرض می باشد.

منشهء انتان

سگ ها مهمترین منبع انتقال پرازیت بوده و انسان در اثر تماس مستقیم با سگها و یا خوردن آب و سبزیجات منتن با پرازیت مصاب مرض میگردد. حیوانات مخصوصاً گوسفند نیز به عین ترتیب مصاب مرض شده و زمانیکه لاروا پرازیت داخل معده گردید تخم از آن خارج و جدار امعاء را نفوذ کرده ، و از طریق ورید باب به کبد میرسد و در آنجا به کیست تحول مینماید. سگ در اثر خوردن احشای گوسفند که دارای کیست هیداتیك میباشد مصاب این پرازیت شده و کیست مذکور در امعاء سگ به پرازیت کاهل تبدیل میگردد بناً مرض در مناطق که تربیه گوسفند مروج است مانند استرالیا ، امریکای جنوبی ، یونان ، ترکیه ، عراق ،و بعضی نواحی انگلستان زیاد مشاهده شده و در مملکت ما نیز بالخصوص در صفحات شمال مرض موجود میباشد .

سیکل حیاتی پرازیت

میزبان اصلی این پرازیت طوریکه قبلاً ذکر گردید سگ ، گرگ ، روبا و شغال بوده و پرازیت در امعاء این حیوانات زندگی کرده و تخم پرازیت توسط مواد غایطه انها خارج و آب و سبزیجات را ملوث میسازد .

میزبان بین البینی پرازیت ، انسان ، گوسفند ، گاو ، بز ، و اسپ بوده و میزبان اصلی در اثر خوردن احشای منتن همین میزبان بین البینی مصاب پرازیت میگردد.

پرازیت مذکور ۲- ٦ ملی متر طول و ۳، ۰ ملی متر عرض دارد و متشکل از یك راس (scolex) و سه سیگمنت می باشد که راس دارای چهار ساختمان خوشك مانند بوده و سیگمنت اخیری حاوی تخم های پرازیت میباشد . لاورا پرازیت که به شکل کیستیك میباشد حاوی حویصلات دختر بوده که در بین یك مایع شناور است .

طوریکه فوقاً ملاحظه میگردد Taenia echinococcus دارای یك سیکل حیاتی بسیار واضح بوده که این سیکل حیاتی در شکل (٥٤) نشان داده شده است.

polya راضی اند ولی عوارض و اختلاطات ناگوار متعدد نیز ممکن است مشاهده شود و اینها عبارتنداز:

۱ - سندورم معده کوچك (Small stomach syndrome) این اختلاط در وقایع گاستریکتومی های علوی مشاهده شده و مریض با گرفتن مقدار متوسط غذا احساس پری کرده و ممکن مترافق با لاغری از باعث خرابی اشتها باشد.

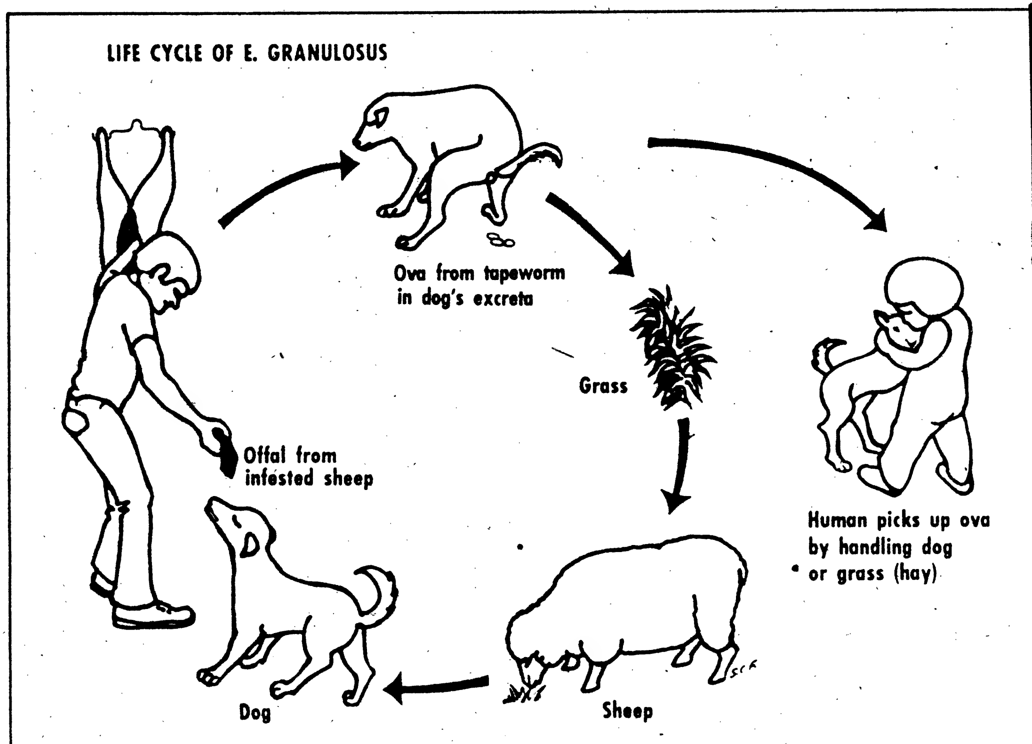
۲ - استفراغات صفراوی (Bilious vomiting) - این اخـــــــتلاطات بعد از گاستریکتومی نوع polya از باعث تخلیه عروه موصله در معده باقیمانده بوجود آمده و در صورت که شدید باشد میتوان آنرا با تغییر دادن به گاستریکتومی بیلروت یك و یا - Roux loop همراه با واگوتومی اصلاح کرد.

۳ - کم خونی - که اکثراً از باعث کمبود اهن (Hcl برای جذب آهن لازم است) بوده و گاهی از باعث کمبود ویتامین B12 نسبت عدم موجودیت فکتور intrinsic در اثر ریزکشین وسیع معده بوجود می آید و نوع اخیر در total gatrectomy بعد از مدت دو سال که ذخیره ویتامین B12 عضویت به پایان میرسد اکثراً مشاهد میشود .

٤ - Dumping syndrome - این سندروم با حملات ضعف ، سرچرخی و عرق بعد از گرفتن غذا متصف بوده وشباهت به حمله هایپوگلیسیمیا دارد و ممکن در تنیجه تاثیرات ازموتیك ناشی از عبور سریع محتوی معده با ازمولارایتی بلند به ژیژنوم بوجود آید. که این حادثه باعث جذب یك مقدار زیدا مایعات بداخل لومن امعاء شده و یك Oligemia موقتی را بار مي آورد و مریض مجبور میگردد تا بعد از گرفتن غذا برای مدت نیم ساعت ویا بیش تر از ان دراز کشیده و استراحت نماید.

۵ - اسهالات شحمی (steatorrhea) این اختلاطات مخصوصاً در صورت موجودیت عروه موصله طویل مشاهده شده و بدین ترتیب غذای که به ژیژنوم میرسد قبل از مخلوط شدن با عصاره صفراوی پانکراسی امعاء را عبور می نماید . نادراً فقدان کلسیم و -osteomala cia نیز مشاهده میشود.

٦ - قرحه ناحیه تفممی (Stomal ulcer) این اختلاطات تقریباً در ۲٪ مریضان که از باعث قرحات اثناعشر نزد ایشان گاستریکتومی اجراء شده به مشاهده رسیده و درحالیکه در



شکل «٥٤» سیکل حیاتی E. granolosus

پتولوژی

جدار کیست هیداتیک از سه طبقه تشکیل شده است:

۱ - طبقهء Advantitia (pseudocyst) - که حاوی نسج لیفی یا فیروز بوده و در تنیجه عکس العمل کبد مقابل پرازیت بوجود می آید . این طبقه دارای رنگ خاکی بوده و با کبد التصاق صمیمی داشته و جدا کردن آن از کبد ناممکن است.

۲ - طبقه Laminated membrane (ectocyst) - این طبقه توسط خود پرازیت بوجود آمده دارای رنگ سفید والاستیک است و در بین آن مایع هیداتیک قرار دارد طبقه مذکور شباهت زیاد به یك بالون بی رنگ پر از آب داشته و در صورت عدم مداخله انتان جدا کردن ان از طبقه advantitia آسان است.

مایع هیداتیك یك مایع شفاف بوده کثافت مخصوصه آن ۱،۰۰۵ - ۱،۰۰۹ و بدون

الیومین میباشد و درصورتیکه از کیست مدت زیاد سپری نشده باشد دارای حویصلات دختری و scolices میباشد کیست مذکور به بسیار اهستگی نشو و نما می نماید .

۳ - Germinal epithelium (endocyst) - این غشا از یك طبقه حجرات واحد تشکیل شده و یگانه قسمت زنده کیست هیداتیك را میسازد. این طبقه به طرف داخل مایع هیداتیك را افراز کرده و بطرف خارج طبقه Iaminated membrane را میسازد . علاوتاً این طبقه باعث تولید حویصلات دختری شده که توسط یك سویق با طبقه داخلی کیست در ارتباط است . هرگاه طبقه Iaminated membrane به ترضیض معروض شود طبقه مذکور انشقاق و پارچه شده وحویصلات دختری آزاد میگردد. در اینصورت ساختمانهای فوق توسط کیست های مادری تولید نشده و مایع هیداتیك با محتوی آن صرف توسط طبقه advantitia احاطه میگردد.

تظاهرات سریری

کیست هیداتیك میتواند برای یك مدت طولانی و شاید برای چندین سال بعد از منتن شدن انسان توسط پرازیت بدون اعراض باقی بماند بالاخره بعد از مدتی یك کتله قابل مشاهده و جس را در قسمت علوی بطن بوجود میآورد و تا زماینکه کیست هیداتیك کبد کتله بزرگی را در جوف بطن نسازد باعث تشوشات وخیم نزد مریض نشده وقتیکه کتله بزرگ گردید مریض از باعث ناراحتی کتله و یا فشار آن بالای احشاء مجاور نزد طبیب مراجعه می نماید.

با تفتیش تورم و سو شکل در ناحه کبدی مشاهده شده و R. U. Q نسبت به L.U.Q بلند تر معلوم میشود با حس یك تورم منظم لشم و بدون درد دریافت میشود تومور مذکور fluctant نبوده بلکه renitant میباشد و هرگاه کتله مذکور در اثنای قرع ، اصغاء نیز شود اهتزازی بنام Hedatic thtill شنیده میشود باید گفت تا زمانیکه کیست هیداتیك کبد به اختلاط معروض نشود تشوشات وظیفوی تولید نکرده و وضع مریض خوب بوده یرقان و حبن ندارد.

تشخیص در صورتیکه مریض در محل شیوع مرض هیداتیك سکونت داشته باشد آسان بوده در صورتیکه کیست به تمزق معروض نشده باشد ممکن است در کلیشه رادیو گرافی بطن

به شکل یك خیال مدور و متکلس مشاهده شود الترا سونو گرافی و CT scanning توضع کیست راتعین کرده و ERCP ارتباط کیست را با قناعت صفراوی نشان داده می تواند.

تست Intradermic (Casoni's test) در ۷۵٪ وقایع (+) بوده لاکن در ٤۰٪ وقایع تست مذکور بصورت غلط (false positive) مثبت بوده میتواند. تست های سیرولوژیك جدید Indirect haemagglutination گرچه بسیار مغلق میباشد لاکن تست مذکور نهایت دقیق اند.

موقعیت کیست هیداتیك را از نظر سریری قرار ذیل تقسیم مینمایند:

۱ - کیست های که سیر قدامی دارند - این کیست هات در وجه قدامی کبد ظاهر شده و مریض از باعث احساس سنگینی در R.U.Q مراجعه مینماید و از پیدا شدن یك کتله سخت که زمان آنرا طولانی حکایه مینماید شاکی میباشد.

۲ - کیسنت های که سیر خلفی علوی دارد - این کیستها بطرف صدر سیر داشته ومریض از درد قاعده صدر طرف راست ، عسرت تنفس ، سرفه خشك و درد که به شانه راست انتشار دارد حکایه میکند . در تفتیش مشاهده میشود که قاعده صدر طرف راست وسیع شده ، در تنفس خوب اشتراك نکرده و آواز های تنفسی در این حذا معدوم است .

۳ - کیست های که سیر سفلی دارند - این مریضان اکثراً از باعث فشار کیست بالای احشای مجاور مراجعه مینمایند.

٤ - کیستهای مرکزی - این کیست ها مخفی سیر کرده و زمانی ظاهر میگردند که به اختلاط معروض شوند و یگانه اعراض آن هیپاتومیگالی میباشد.

۵ - کیست هیداتیك فص چپ کبد - نادراً مشاهده شده وتشخیص تفریقی آن با ضخامه طحال مشکل است.

سیر مرض :

۱ - نادراً پرازیت مرده و مایع آن رشف میگردد و در صورتیکه از کیست هیداتیك مدت زیاد گذشته باشد ممکن جدارآن متکلس (calcify) باشد .

۲ - اکثراً کسیت تدریجاً بزرگ شده و بالاخره به شکل یك کتله ظاهر میگردد. اگر

کیست دارای سویق باشد بداخل جوف پریتوان شناوربوده که در این صورت با کیست های مساریقی ، پانکراس وکلیوی مغالطه شده میتواند.

۳ - ممکن کیست هیداتیک کبد به اختلاط معروض شود که این اختلاطات عبارتند از:

الف - یرقان - این اختلاط از باعث فشار کیست بالای طرق صفراوی ویا موجودیت کیست به داخل طرق صفراوی بوجود میاید.

ب - تمزق کیست- که میتواند به نواحی ذیل صورت گیرد :

۱ - داخل جوف پریتوان .

۲ - بداخل طرق هضمي.

۳ - بداخل جوف پلورا.

٤ - بداخل طرق صفراوی (که یك اختلاط معمول مرض میباشد).

تمزق کیست بداخل جوف پریتوان مترافق با شاك عمیق وسایر علایم پریتونیت حاد منتشر بوده و مانند تمام وقایع تمزق کیست هیداتیك اعراض و علایم شاك انافیلاکتیك مخصوصاً اورتیکاریا مشاهده میشود بناءً باید نزد این مریضان هایدروکورتیزون یك روز قبل از عملیات ، بروز عملیات و یك روز بعدازعملیات تطبیق شود. نزد این مریضان تداوی بصورت عاجل صورت گیرد و مریض از شاك خارج و جوف پریتوان پاك گردد لاکن با وجود آنهم انذار خوب نبوده و در صورت پاك نمودن دقیق جوف پریتوان نیز احتمال تشکل کیستهای متعدد در آینده میرود.

باز شدن کیست در طرق هضمی با یك درد شدید بوصف پاره گی همراه بوده درجه حرارت بلند رفته و در مواد غایطه حویصلات دختری مشاهده میشود و کتله موجوده در بطن کوچك میگردد.

تمزق کیسنت بداخل جوف پلورا نادر بوده و در صورتیکه کیست در یکی از قصبات باز شود مریض با سرفه مایع و حویصلات را اطراح مینماید .

باز شدن کیست به داخل طرق صفراوی از نظر جراحی مهم بوده که در این صورت محتویات کیست داخل طرق صفراوی شده و باعث کولیك کبدی میگردد. و هر گاه حویصلات قنات صفراوی اساسی را مسدود سازد باعث یرقان احتباسی شده می تواند.

ج - تقیح کیست (suppuration) - این اختلاطات از نظر کثرت بدرجه دو م مشاهده شده که عامل انتانی کولی باسیل و anaerobi ها بوده که از طریق صفراوی کیست هیداتیك را منتن میسازد. زمانیکه کیست هیداتیك منتن گردید پرازیت از بین رفته و کیست ابس پیوجنیك را میسازد.

تداوی

کیست های کوچك ایجاب تداوی را نکرده لاکن کیستهای بزرگ چون با تداوی طبی جواب نمیدهد بناءً ایجاب تداوی جراحی را مینماید. در این اواخرMebendazole بدوز ٤٠٠ - ٦٠٠ ملی گرام سه مرتبه در روز برای مدت ٢١ - ٣٠ روز در بعضی مریضان موثر واقع شده Albendazole یك دوای مصون دیگر بوده و دارای تاثیر توکسیك و عوارض جانتی کمتر میباشد.

عملیات

بطن این مریضان توسط شق که بالای کیست بخوبی رسیده بتوانیم باز شده و اطراف کیست توسط کامپرس های مغطوس با محلول سودیم کلوراید هایپرتونیك ٢٣ - ٣٠ ٪ ویا سودیم هیپوکلوراید ٥ ، ٠ ٪ احاطه شده و بعداً کیست توسط trocar تخلیه و یکمقدار محلول Scolicidal (محلول هایپر تونیك سلین و یا هیپوکلورایت) بداخل کیست تطبیق شده تا ٣/٤ کیست را پر سازد در صورت ارتباط کیست با طرق صفراوی نسیت تخریش و ماوف شدن طرف صفراوی تطبیق نشود و محلول مذکور بعد از ٥ - ١٠ دقیقه تخلیه و یك شق بالای کیست اجراء و طبقه advantita باز شده و طبقه Laminated membrane قابل مشاهده میگردد و توسط یك sponge forceps طبقه مذکور با احتیاط گرفته شده با انگشت از طبقه advantita جدا میگردد تا کیست بصورت کامل و سالم خارج گردد . این هدف در کیستهای که قبلا منتن نبوده قابل انجام میباشد لاکن در اشکال اختلاطی بعضاً ایجاب مینماید تا طبقه L. membrane به شکل پارچه پارچه خارج شود بعد از اینکه طبقه L.membrane بصورت سالم خارج گردید جوف باقیمانده

کبد را میتوانیم بصورت تام بسته نمائیم باید بخاطر باشد که در یك تعداد وقایع نامطلوب مانند منتن بودن کیست ، موجودیت صفرابداخل کیست ویا عدم برداشتن مکمل کیست ، جوف کیست بخارج دریناژ میگردد (Mursupialisation) کوشش شود که جوف پریتوان و جدار بطن در اثناي عملیات با محتوی کیست ملوس نشود . هرگاه مریض یرقانی باشد و اشغال شدن طرق صفراوی توسط معاینات تائید گردد باید قنات صفراوی اساسی استکشاف شود . ر در صورت کیست های بزرگ و متعدد partial hepatecto-my توصیه میشود.

جهت جلوگیری از نکس مرض ، باید Mebendazole بعد از عملیات توصیه شود.

سیروز کبد

سیروز کبد عبارت از نکروز کبد است که به تعقیب آن فیبروز و regeneration حجرات کبدی که تمام عضو را در بر میگیرد بوجود میاید.

ایتولوژی

فکتور های سببی سیروز کبد را میتوان به فکتور های سببی زمان طفولیت و فکتور های سببی زمان کهولت تقسیم کرد. بخاطر باشد که بعضی فکتور ها در اوایل حیات کبد را ماوف ساخته در حالیکه بعد از چند سال سیروز ظاهر میگردد. یرقان احتباسی یکی از اسباب معمول مرض در هر سن و سال میباشد.

اسباب سیروز در اطفال و شیر خواران

۱ -اتریزیا قنوات صفراوی

اتریزیا ولادی قنوات صفراوی یکي از معمولترین اسباب سیروز در شیر خوران میباشد که اصلاح آن توسط مداخله جراحی مشکل بوده و در صورت امکان عروه معائی با قنات صفراوی بداخل کبد تفمم داده میشود . و در صورت که در مریضان جوان اصلاح اتریزیا صفراوی ناممکن باشد transplantation کبدی مفید ثابت شده میتواند . نزد این اطفال یرقانی

بزودی علایم hepatomegaly ، splenomegaly حبن و واریس مری مشاهده شده اکثرآنها صرف چند ماه زنده مانده و یکتعداد کم آنها تاسه سال و یا بیشتر از آن زنده باقیمانده میتوانند.

۲ تغذي

الف - سیروز کودکان در هند - اکثراً در هندو های مشاهده میشود که vegetarian اند این نوع سیروز به سرعت پیش رفته و بزودی باعث مرگ میگردد و چنین فکر میشود که حالت مذکور ناشی از مساعد بودن اطفال کمبود به پروتین به نکروز وسیع حجرات کبدی در اثنای هیپاتیت و یروسی میباشد .

ب - Kwashiorkor - این مرض که در اثر فقدان پروتین بوجود می آید در افریقا با کبد بزرگ و اذیمای اطراف متصف بوده و اکثراً طفل ٦ - ١٨ ماه بعد از جدا شدن از شیر مادر مصاب مرض میگردد و نزد ان اذیمای عمومی ، تشوشات جلدی با بی علاقگی و توقف نشو و نما بوجود می آید و در مورد اینکه این مرض قبل از سیروز در اکثر مریضان موجود میباشد شواهد کم وجود دارد .

ج - Galactosaemia - مریضان مصاب این انومالی میتابولیزم ، در صورت گرفتن دوامدار لکتورز سیروز را بوجود می آورند.

۳ - انتان

تاریخچه یرقان شدید در زمان طفولیت نزد یکتعداد مریضان بدست آمده و فکر میشود که هیپاتیتیت ویروسی در تولید سیروز رول دارد.

٤ - فیبروز ولادی کبد

کلیه با مخ اسفنج مانند اکثراً همراه با یك حالت غیر نارمل می باشد در این حالت کبد شریط های لیفی متراکم را که فصیصات نارمل کبدی را احاطه می نماید نشان داده اما وظایف کبدی اکثراً خوب میباشد . فرط فشار باب معمولاً مشاهده شده و این مریضان در صورت وقوع نزف کاندید خوب برای عملیات شنت میباشند.

۵ - Erythroblastosis fetalis - واقعات آن بصورت منفرد مشاهده شده است.

اسباب سیروز در کاهلان

۱ - الکول - افراط در نوشیدن الکول یکی از اسباب مهم مرض در غرب بوده و در بعضی مناطق ایالات متحده امریکا و ارو پا تا ۹۰ ٪ سبب مرض را تشکیل میدهد.

۲ - هیپاتیت ویروسی - فیصدی وقایع سیروز که بعد از هیپایتیت و یروسی بوجود می آید بصورت درست معلوم نبوده و نظر به مناطق مختلف فرق مینماید.

۳ - انسداد صفراوی (جراحی) مزمن - باعث سیروز صفراوی ثانوی شده که باید از سیروز صفراوی ابتدائی تشخیص تفریقی شود. سیروز صفراوی ابتدائی یك مرض معافیتی خانم های سنین متوسط بوده وتست mitochondrial immunofluoresence در ۹۸٪ این مریضان (+) میباشد.

٤ - فقدان غذائی - فقدان غذائی یکی از فکتور های مهم سببی سیروز در مناطق حاره بوده و قرار ذیل عمل مینماید.

انتانات خفیف و بعضی مواد توکسیك که برای اشخاص باتغذی خوب بی ضرر میباشد بالای کبد اشخاص مصاب به فقدان پروتین تاثیر سو دارد. بناءً فقدان پروتین به صورت غیر مستقیم در تولید سیروز رول دارد.

۵ - هیموکروماتوزس - (bronzed diabetes).

٦ - استحاله Hepatolenticular (Wilson's disease) .

۷ - تسمم با مواد کیمیاوی مانند کاربن تیترا کلوراید ، ارسنیك و کلورو فارم.

۸ - اسباب نامعلوم (Cryptogeric) - در یکتعداد زیاد وقایع سبب سیرّوز کبد نا معلوم است.

۹ - Schistosomialsis - این مرض بر خلاف سیروز حقیقی فیبروز کبد را سبب شده و باعث ماوف شدن شرائین و ورید باب کبدی میگردد. Schistosomialsis در کشور مصر ، بعضی نواحی افریقا ، جاپان ، چین و امریکای جنوبی پرابلم بزرگی را بوجود آورده است و تقریباً در نصف این مریضان Hipatitis B نیز موجود بوده که باعث تولید تظاهرات سریری مغشوش کننده میگردد.

انواع مورفولوژیک مرض

سه شکل اناتومیك شناخته شده است:

۱ - شکل Micronodular - این شکل مرض با شریط های غیر منظم ضخیم نسج لیفی و نودول های کوچك یکنواخت جدید التشکیل که قطر کمتر از سه ملی متر دارند وصفی بوده واکثراً همراه باالکولیزم میباشند.

۲ - شکل Micronodular - این شکل مرض با شریط های نسج لیفی که ضخامت مختلف دارند و نودولهای اکثراً با قطر بزرگتر از سه ملی متر وصفی بوده و بنام شکل بعد از نکروز نیز یاد می شود.

۳ - شکل مختلط Mixed - در این شکل تظاهرات میکرو و مایکرو نودولیر در کبد مشاهده میشود.

پتولوژی

در این مرض در نتیجه تخریب وسیع پرانیشم کبدی و نشو نمای زیاد نسج لیفی شعبات کوچك ورید باب و ورید کبدی ماوف و تحت فشار آمده و در بعضی وقایع ممکن اسپزم ورید باب موجود باشد .ارتیر یولها نسبت به ورید ها تا مدتی زیادی مقابل این فشار مقاومت کرده در نتیجه این حادثه کبد سیروتیك از نظر اروائی زیاد تر متکی به شریان کبدی شده و در این حالت مایوس کننده ء جهت محافظه دوران خون بداخل کبد ، ارتباطات زیاد بین شعبات شریان کبدی و ورید باب، و ورید کبدی بوجود می آید .

اوصاف شنت های داخل کبدی همراه با ارتباط خارج کبدی پورتاسیستمیك سبب میگردد تا جریان یکمقدار زیاد خون بابی را که بعد از عبور از پرانشیم کبدی داخل دوران وریدی سیستیمیك میگردد. منحرف سازد. بدین ترتیب حجرات باقیمانده کبدی از خون باب محروم میگردد

در این مرض اکثراً فیبروز نازك که باعث تولید نودولهای کوچك میگردد موجود بوده (سیروز Laennec's یا کبد hob- nail) لاکن فصیصات خشن ممکن نتیجه نودولهای

جدید التشکیل بزرگ باشد.

تظاهرات سریری

مرحله ابتدائی سیروز ممکن طویل و بدون اعراض باشد. کبد ضخامه کرده و در بعضی وقایع حملات متکرریرقان خفیف با درد ناحیه اپی گاستریك و استفراغ موجود میباشد. در هرحمله مرض ، نواحی از کبد تخریب و توسط نسج لیفی تعویض شده در حالیکه باقیمانده نواحی ضخامه می نماید.

سیروز کبد باعث سه حادثه مهم که عبارت از عدم کفایه حجرات کبدی ، فرط فشار باب و احتباس مایعات می باشد میگردد. سپس کبد اتروفی کرده و طحال بزرگ میگرددو باید گفت که سیروز کبد یکی از مهمترین اسباب ضخامه طحال با فرط فشار باب در کاهلان میباشد. در این مرض انساج وظیفوی کبد تدریجاً تخریب وعدم کفایه حجرات کبدی بوجود می آید. در این مرحله بالخصوص نزد مریضان الکولیك ممکن دو علامه کلاسیك مشاهده شود:

۱- Spider naevi که اکثراً در اطراف وجه عنق ، شانه ها و قسمت علوی بازو ها توضع داشته و از نظر هستولوژیك در اثر نشو و نمای زیاد شرائین نهائی و شعبات ارتیریول بوجود آمده اند.

۲ - palmar erythema که دستها گرم و وجه راحی آن سرخ روشن میباشد.

نزف واریس مری تقریباً در ٤٠٪ وقایع مشاهده شده و ممکن علامه اول مرض باشد بصورت نادر اورده سطحی متوسع بصورت شعاعی در حذای ثره مشاهده شده که بنام Caput Medusae یاد میشود. حبن روبه ازدیاد بوجود می آید . اتروفی خصیه و -Gynaeco mastia نزد مریضان سیروز معمول بوده که ممکن علت آن ازدیاد استروژن در خون باشد زیرا کبد معروض به عدم کفایه نمی تواند آنرا خنثی سازدخانم ها تمایل دارند تا خواص ذکور را پیدا نمایند . و ممکن شخي(Duprytren's contracture)بوجود آید.

این مریضان با وجود کنترول نزف واریس مری بالاخره از باعث عدم کفایه کبدی مخصوصاً آنهائیکه به مصرف الکول ادامه میدهند می میرند.

قرحات معده نادر می باشد که ممکن علت این اختلاطات بر داشتن قسمی ناحیه افرازی اسید معده ویا نادراً Zollinger - Ellison syndrome باشد. Stomal ulcer میتواند مانند قرحات پیپتیک به تثقب ، نزف ، تضیق ، و نفوذ به احشای مجاور معروض شود و توسط ریزکشن معده از ناحیه علوی ویا واگوتومی تداوی میگردد.

ب - Post Vagotomy syndrome -

۱ - Steatorrhea و Diarrhea - ممکن مشاهده شود که اکثراً حملوی و گذری بوده صرف در ۲٪ مریضان شدید و دوامدار میباشد. علت این اختلاط تا هنوز فهمیده نشده ولی ممکن است دریناژ معده نسبت به واگوتومی زیاد تر مسؤل آن باشد . زیرا اختلاطات مذکوردر نزد مریضانیکه نزد آنها صرف higly selective vagotomy بدون عملیه دریناژ اجراء شده کمتر مشاهده شده است.

۲ - قرحات ناحیه تفمی - این اختلاط در واگوتومی ناتام مشاهده شده و قطع ناتام شعبات عصب واگوس معدوی را بعد از عملیات می توان توسط insulin test meal ارزیابی کرد یعنی یك دوز کافی انسولین نسبت تولید هایپو گلیسیمیا در یك معده نارمل از نظر تعصیب باعث عکسه افرازی سریع واگال شده در حالیکه ا ین عکسه در یك واگوتومی تام و مکمل از بین میرود.

اختلاطات قرحات پیپتیك :

قرحه پیپتیك در هر ناحیه که باشد می تواند به اختلاطات ذیل معروض گردد:

۱ - مزمن شدن قرحه(chronicity)از باعث تشکل نسج لیفی در حذای قاعده قرحه

۲ - تثقب (perforation) که میتواند در جوف آزاد پریتوان و یا در بین احشای مجاور از قبیل پانکراس، کبد و یا کولون باشد.

۳ - تضیق (stenosis) .

٤ - نزف.

٥ - تحول به کانسر که در قرحات اثناعشری مشاهده نشده لاکن در قرحات معدوی نادراً مشاهده میشود. باید گفت که موجودیت تاریخچه طولانی حتمی به معنی خبیث نه بودن قرحه

پتولوژی سریری مترافقه - سیروز از هرنوع که باشد از نظر سریری و پتولوژی مترافق با یکتعداد حوادث مرضی دیگر که شامل ضخامه طحال، پانکریاتیت ، (مخصوصاً در مریضان الکولیك) ، نزف معدی معائی از باعث واریس ، قرحات پیپتیك یا erosion معدوی ، کانسر ابتدائی کبد و مساعد بودن به انتانات می باشد.

تست‌های وظیفوی کبد :

در سیروز معاوضوی ممکن تستهای مذکور نارمل باشد لاکن در وقایع که مرض غیر قابل معاوضه باشد یوروبیلینوژن اکثراً در ادرار موجود بوده وسویه البومین پلازما تنقیص می یابد.

بیوپسی کبد: برای تائید تشخیص اکثراً ضروری بوده و انذار مرض را نشان می دهد.

تداوی

در صورتیکه سیروز تاسس یافته باشد تداوی مخصوص موجودنبوده لاکن اهتمامات ذیل ممکن مفید ثابت شود:

۱ - گرفتن مقدار زیاد گلوکوز.

۲ - منع گرفتن الکول.

۳ - در صورت عدم موجودیت شواهد عدم کفایه کبدی گرفتن مقدار زیاد پروتین.

٤ - ستروئید ها صرف در هیپاتیت مزمن فعال باید توصیه شود.

حبن
(Ascites)

ایتولوژی

میکانیزم بوجود آمدن حبن در امراض کبدی مغلق بوده و قسماً به عوامل ذیل ارتباط دارد:

۱ - افزایش در تولیدلمف کبدی.

۲ - تنقیص البومین پلازما.

۳ - احتباس آب و نمك توسط کلیه ها (ازدیاد فعالیت الدوسترون در آفات نسج کبدی)
باید بخاطر باشد که بالابودن فشار ورید باب بخودی خود Transudation مایع را در جوف پریتوان زیاد کرده ولی به تنهایی نمی تواند حبن را بوجود آورد. بهیمن علت در انسداد های پری هیپاتیك حبن بوجود نمی آید.

تشخیص

حبن از نظر سریری با موجودیت توسع بطنی ، اصمیت نواحی flank ، بیرون بر آمدن ثره shifting dullness تشخیص میشود.
حبن سیروتیك باید با حبن که سبب ان امراض قلبی ، کلیوی ، امراض خبیثه داخل بطن و سوتغذی میباشد تشخیص تفریقی شود که برای این منظور قبل از اغاز تداوی یك مقدار کم مایع اسیتیك توسط پاراسنتیز بطنی گرفته شده و مایع مذکور از نظر کریوات سفید خون و اورگانیزم ها جهت رد پریتونیت باکتریائی که ممکن از نظر سریری خاموش باشد معاینه می شود. در معاینه سایتولوژیك مایع اسیتیك ممکن حجرات سرطانی مشاهده شود . موجودیت مقدار زیاد امیلاز در مایع اسیتیك دلالت به امراض پانکراس کرده و دریافت مایع شیر مانند توسط پاراسنتیز دلالت به chylous اسیت ممکن از باعث امراض خبیثه و نادراً جروحات می نماید.

تداوی

تداوی مروج مرض شامل توصیه گرفتن مقدار کم نمك و جهت جبران ضایعات پوتاسیم گرفتن مواد که حاوی پوتاسیم باشد بوده گرفتن مایعات ضرور نیست محدود ساخته شود . دیوریتیك ها اکثراً توصیه شده که بهترین انها ۲۰۰ ملی گرام Spironolactone روزانه بوده ودر صورت لزوم Frusemide نیز اضافه شود. اکثر اشکال حبن مقابل تداوی جدی طبی جواب داده و شنت های پورتاسیستامیك بهتنهائی در تداوی حبن جای ندارد . اشکال تعند کننده حبن را میتوان توسط سه عملیه ذیل تداوی کرد :
۱ - دوران دوباره حبن از طریق غشای دیالیزس جهت دور نمودن سودیم و زرق دوباره ان

بداخل يك وريد .

۲ - دريناژ مايع اسيتيك ذريعه زرق البومين كم نمك بداخل وريد .

۳ - شنت پريتوانی و داجی (peritoneal- jugular shunt) ، كه توسط اين عمليه خون از جوف پريتوان به وريد و داجی در عنق ذريعه يك تيوب silastic انتقال می يابد . انواع مختلف شنت پريتوانی و داجی موجود بوده كه در مريضان سيروتيك مصاب حبن گاه گاه از شنت استفاده شده و ممكن از اين شنت ها در مريضانيكه حبن از باعث امراض خبيثه دارند نيز استفاده شود .

اختلاطات شنت پريتوانی و داجی شامل disseminated intravascular coag- ulation و انتانات ميباشد . وپرابلم كه زياد تر شيوع دارد ترومبوز دسام شنت است كه ايجاب تعويض را می نمايد .

فرط فشار باب

فشار نارمل وريد باب بين ۸۰-۱۵۰ ملی متراب بوده و در فرط فشار وريد باب فشار مذكور تا ۵۰۰ ملی متر يا بيشتر از ان بلند ميرود .

ايتولوژی

بلند رفتن فشار وريد باب نتيجه انسداد وريد باب و يا شعبات ان بوده و علت ازدياد فشار باب را نظر به توضع انسداد می توان قرار ذيل تصنيف كرد :

۱ - قبل از كبدی (pre - hepatic) .

۲ - داخل كبدی (Intrahepatic)

۳ - بعد از كبدی (posthepatic)

۱ - قبل از كبدی . (انسداد كه مانع جريان خون وريد باب بداخل كبد ميشود) تقريباً ۲۰٪ مريضان مربوط اين گروپ بوده و مرض تقريباً هميشه در جوانان و اكثراً در اطفال مشاهده می شود . مريض اكثراً از باعث نزف و كسالت كه ناشی از كم خونی می باشد نزد طبيب مراجعه كرده در معاينه كبد، غير قابل جس بوده لاكن طحال بصورت واضح بزرگ

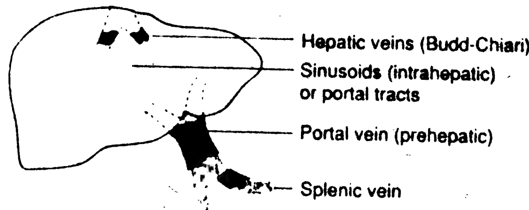
میباشد . کم خونی اکثراً از باعث نزف و اریس مری به شکل oozing بوده لاکن بعضاً hypersplenism سبب ان میباشد . چون کبد نارمل و یا در حدود نارمل میباشد بناً تستهای وظیفوی کبد تا زمان پیشرفت مرض نارمل باقی میماند. حتی در صورت عدم موجویت التهاب فعال ورید باب مشاهده نمی شود .

انسداد پری هیپاتیك ورید باب به یکی از اشکال ذیل بوجود می اید :

الف – انومالی ویا عدم موجودیت و لادی ورید باب .

ب – ترومبوز ورید باب از باعث گسترش نارمل پروسه انسدادی ورید ثروی و ductus venosus - که بعضاً همراه با التهاب ثره طفل نوزاد میباشد .

ج – انسداد ورید باب توسط تومور یا پانکریاتیت.



شکل ۵۵ توضیع انسداد :انسداد و بندش اورده نمایند گی از نواحی میکند که در آن میتواند ترومبوز تشکل نماید

۲ – داخل کبدی – که تقریباً ۸۰ ٪ سبب مرض را تشکیل داده و علت ان سیروزس (اکثراً منشه الکلولیك دارد) و شیستو زو میازس بوده که باعث انسداد جریان خون بداخل کبد میگردد . در این شکل ارتباطات بزرگ وریدی پورتا سیستیمیك قبل از بوجود امدن نزف و خیم مری موجود بوده و واریس مری را میتوان توسط رادیوگرافی و یا -oesophago scope تشخیص کرد و تست وظیفوی کبد تا زمانی نارمل باقی میماند که هایپر تروفی نسج کبدی ، تخریب حجروی را بوسیله سیروز معاوضه نماید .

۳ – بعد کبدی (انسداد ورید های کبدی). که نادر بوده و ممکن سبب آن Constrictive pericarditis و عدم کفایه دسام تری کوسپید باشد انسداد ورید های کبدی باعث سندروم Budd- Chiari شده و در اثر عوامل ذیل به وجود میاید :

الف - ترومبوزایدیوپاتیك ورید های كبدی در كاهلان جوان هردو جنس كه ممكن یك اختلاط ادویه ضد حاملگی فمی در خانم ها باشد . نزد این مریضان در اكثر وقایع یك نیوپلازم هیماتولوژیك از قبیل polycythemia یا -monoclonal gammaglobu linopathy موجود می باشد .

ب- انسداد ولادی .

ج - انسداد ورید كبدی در اثر تهاجم تومورها .

باید گفت كه تا كنون معمولترین سبب فرط فشار باب سیروز بوده ولی باید دانست كه رابطه ثابتی بین شدت مرض كبدی و درجه بلند رفتن فشار باب وجود ندارد بعباره دیگر بالا رفتن فشار ورید باب را نمی توان فقط به انسداد میخانیكی توجیه كرد .

تاثیرات پتولوژیك

چهار تاثیر مهم فرط فشار ورید باب عبارتند از :

۱ - بوجود امدن جریان كولاترال بین ورید باب و ورید اجوف .

۲ - ضخامه طحال (splenomegaly).

۳ - حبن (صرف در فرط فشار باب ،منشه كبدی و بعداز كبدی دارند) .

٤ - تظاهرات عدم كفایه كبد (در سیروز های وخیم).

جریان كولاترال

انسداد ورید باب منجر به تشكیل شعبات كولاترال بین ورید باب و ورید اجوف میگردد كه اینها عبارتند از :

۱ - شعبات كولاترال بین ورید معدوی چپ و اورده مری كه واریس مری را ساخته و از جمله بزرگترین كولاترال بوده كه از نظرسریری نیز دارای اهمیت زیاد میباشد .

۲ - بین ورید ركتل علوی و سفلی با تولید هیموروئید، كه اینها واریس حقیقی میباشند.

۳ - در امتداد ورید ثروی مسدود شده با ورید اپی گاستریك علوی و سفلی كه بنام caput medusae یاد می شود .

٤ - تفممات خلف پریتوانی و دیافراگماتیك که در اثنای عملیات اشکالات تکنیکی برای جراح بوجود می اورد .

واریس مری و تا یك درجه بسیار کمتر هیموروئید ممکن باعث خونریزی شوند که این نزف و خیم ترین اختلاط فرط فشارباب بشمار میرود .

ضخامه طحال (Splenomegaly)

بزرگ شدن تدریجی طحال در نتیجه احتقان ورید باب بوجود امده که تا اندازه یا هایپرتروفی نسج طحالی همراه میباشد . این ضخامه طحال در بیشتر مریضان با تغیرات دموی hypersplenism مانند لوکوپنی و ترومبوسایتوپینی همراه می باشد . کم خونی که در این حالت همراه باضخامه طحال میباشد در نتیجه بزرگ شدن طحال بوجود نه آمده بلکه کاملاً مربوط به نزف معدی معائی میباشد .

حبن (ascites) در صفحه (٢٦٥) مطالعه گردید .

تاثیرات عدم کفایه کبد

١ - یرقان.

٢ - تاثیر بالای سیستم عصبی مرکزی - که اختلالات روحی ، لرزش (flapping tremor) و کومای کبدی را بوجود میاورد . انسفالوپاتی در فرط فشار ورید باب بخاطری بوجود میاید که مواد حاصله از تجزیه و تحلیل مواد ازوتی در امعاء بدون اینکه در کبد تصفیه و سمیت ان بر طرف گردد از ورید باب به ورید اجوف راه می یابد .

٣ - یك گروپ از تظاهرات که تا هنوز میکانیزم پیدایش انهابخوبی شناخته نشده است مانند gynaecomastia اتروفی خصیه ها ، امینوری ، spider naeve ، clubbing انگشتان و palmar erythema (سرخ شدن کف دست یا Liver palm).

تظاهرات سریری

فرط فشار ورید باب برای جراح از نظر سریری بصورت سه پرابلم ذیل مطرح میگردد .

۱ - بعنوان تشخیص تفریقی یرقان یا هیپاتومیگالی .
۲ - بعنوان یکی از علل نزف معدی معائی .
۳ - بعنوان یکی از علل حبن .

معاینات

در فرط فشار ورید باب بر علاوه اخذ تاریخچه و معاینه مریض (که شامل جستجوی دقیق علایم مرضی کبد میباشد)، معانیات ذیل توصیه میشود :

۱ - رادیوگرافی مری و معده با مواد کثیفه جهت تشخیص واریس مری .

۲ - معاینه اندوسکوپی با دستگاه فیبر - او پتیك که واریسها را نشان داده و نزف واریس را از نزف قرحات پیپتیك یا ایرو ژنهای متعدد معده که هر دو در مریضان سیروز شیوع دارد تشخیص تفریقی می نماید .

۳ - تست های وظیفوی کبد و در صورت لزوم همراه با بیوپسی کبد .

٤ - اسپلینوپورتوگرافی (splenic venogram) و یا رادیوگرافی مرحله وریدی ارتیریوگرام انتخابی مساریقی علوی جهت تعین دقیق محل انسداد ورید باب قبل از اجرای عملیات انتخابی .

تداوی

صرف با ظاهر شدن و اریس مری در کلیشه رادیوگرافی با مواد کثیفه نباید به تداوی جراحی اقدام کرد بلکه ابتداً لازم است افت که باعث و اریس شده بصورت طبی تداوی شود مثلاً سیروز با تجویز رژیم متعادل با کالوری زیاد و پروتین کافی در مریضان که سوتغذی دارند (مشروط برانکه افت کبدی شدید نباشد) و جلوگیری از فکتور های تشدید کننده مانند الکول تداوی شود . تداوی جراحی صرف زمانی استطباب دارد که نزف رخ دهد.

تداوی نزف واریس مری

نزف واریس مری با الخصوص در مریضانیکه افت کبدی دارند نهایت و خیم بوده در این

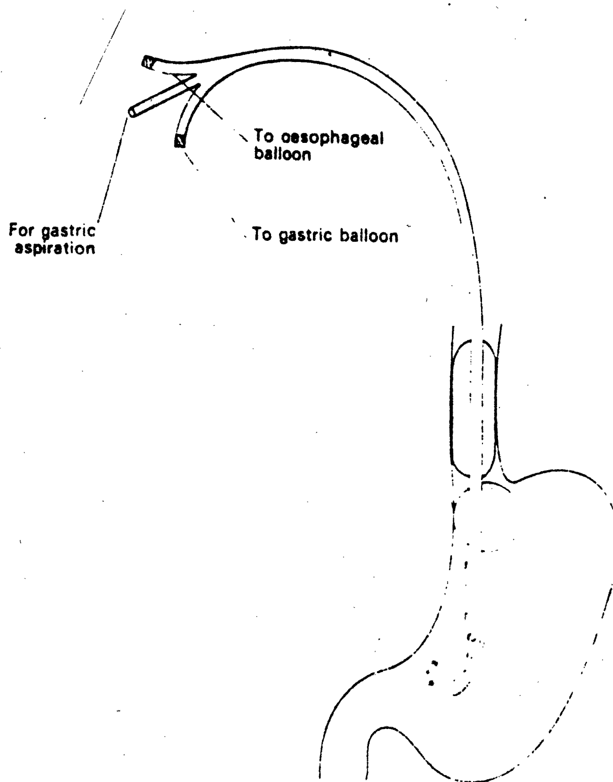
مریضان کبد نسبت سقوط فشار خون از باعث خون ریزی زیاد تر ماوف شده و جذب مقدار زیاد مواد ازوتی حاصله از تجزیه و تحلیل خون موجود در امعاء برشدت انسفا لوپاتی می افزاید . گروه کوچکی از این مریضان که وظایف کبدی نارمل دارند وانسداد ورید باب از نوع پری هیپاتیك باشد انذار بهتر دارند .

جهت وضع و تائید تشخیــص سعی بعمل اید موجودیت افت کبدی، طحال بزرگ و واریس تثبیت شده به این معنی نیست که منشه نزف بصورت حتمی واریس میباشد زیرا این مریضان مســاعد به خونریزی از ایروژن معــدوی بوده و اکثراً مصاب قرحه معدوی می باشند . اندوسکوپی فیبر - اوپتیك باید همیــشه جهت دریافت ناحــیه نزف ورد نمودن خون ریزی که منشه ان واریس نمی باشــد اجراء گــردد. گرچه نزف فعال ممکن مانع مشــاهده بهتر اندوسکوپی شود اما با وجود ان توسط این معاینه میتوان محلول sclerosant را در واریس نزفی زرق کرد .

تداوی عاجل نزف واریس مری عبارت از تعویض خون توسط نقل الدم بوده و برای تنقیص جذب مواد ازوتی از امعاء لازم است تا حتی الامکان خون موجود در کولونها بوسیله اماله تخلیه گردد و به مریض از طریق دهن Neomycin داده شود تا عمل باکتریها را در تجزیه و تحلیل خون داخل امعاء کمتر سازد . پروتین ازرژیم غذائی حذف شود و مقدار کالوری لازم بصورت گلوکوز از طریق فمی و یا داخل وریدی توصیه شود . اگر نزف ادامه یابد لازم است اقدامات جدی تر به عمل ایدولی تصمیم در مورد این اقدامات دقت زیاد را ایجاب می نماید . در صورتیکه مریض مصاب عدم کفایه پیش رفته کبد یا یرقان ، حبن ، سویه پائین البومین سیروم ، thrombocytopenia تخثر خون ماوف شده ، پری کوما و یا کوما باشد چون هیچگونه امیدی برای تداوی این مریضان موجود نیست و اقدامات غرض تداوی ناراحتی های این مریضان را که در حال مرگ اند بیش تر میسازد بناً بسیار عاقلانه میباشد که از هر گونه تداوی خود داری شود مریضانیکه وضع عمومی بهتر دارند نزد شان نزف به یکی از طریقه های ذیل توقف داده می شود :

۱ - تامپوناد (Tamponade) - تامپوناد در صورتیکه توسط یك تیم با تجربه اجرا گردد یکی از طریقه های بسیار موثر در توقف نزف واریس موی میباشد در این طریقه فشار

مستقیم بالای واریسها توسطSengstaken tube که ازطریق دهن داخل مری و کارد یا میگردد وارد می شود تیوب مذکور دارای بالونهای مری و معدوی بوده (شکل ٥٦) و بعضاء به عوض این تیوب که اکثراً از ان استفاده می شود ازLinton tube که دارای بالون واحد معدوی بوده و توسط traction بالای کارد یا معده فشار وارد مینماید نیز کار گرفته می شود غرض جلوگیری از pneumonia انشاقی باید تیوب های مذکور مجهزبا وسایل تخلیه لعاب از مری باشد . بعد از تطبیق تیوبSengstaken اولاً بالون معدوی و سپس بالون مری با هوا پر شده و جهت جلوگیری از پیشرفت ان بداخل معده ایجاب traction شدید را نکرده بلکه تثبیت تیوب در قسمت پیشانی کفایت می نماید . تیوب مذکور باید الی تداوی ناحیه نزفی یعنی برای مدت ١٢ - ٢٤ ساعت در جای اش محافظه شود .



شکل «٥٦»	تیوب Sengstaken . بالون های این تیوب که در حذای مری و کارد یا معده قرار دارد بالای واریس نزفی فشار وارد مینماید. تیوب معدوی میتواند به منظور اسپریشن و یا تغذی بکار رود.

۲ – **ادویه جات:** Vasopressin (۲۰ واحد بین المللی در ۲۰۰ ملی لیتر در ظرف ۲۰ دقیقه از طریق ورید و بعد از ان ٤ ، ۰ واحد فی دقیقه الی ۲٤ ساعت)جهت پائین اوردن فشار ورید باب که باعث تنقیص نزف میگردد ممکن بکار رود . عوارض جانبی این دواکولیك های بطنی و تقبض اوعیه اکلیلی بوده ، بناً در اشخاص مسن با احتیاط و همرا ، با glyce-ryl trinitate تطبیق شود . دوای دیگر که ممکن کمتر موثر اما در تنقیص شدت و کثرت عوارض جانبی و ازوپریسین کمك نماید عبارت از glypressin میباشد . هورمون soma-tostatin که تقریباً بدون عوارض جانبی بوده در تنقیص فشار خون داخل واریس و جریان ان موثر میباشد . ادویه Beta-blocking با وجود استعمال ان در بعضی حالات خصوصی ، در نزف های حاد واریس مورد استعمال ندارد . تطبیق مورفین در واریس مری خون دهنده مضاد استطباب است .

۳ Endoscopic sclerotherapy یك میتود ساده و نسبتاً مصون در تداوی نزف واریس مری بوده که در اضافه تر از ۹۰ ٪ وقایع باعث توقف نزف میگردد و در یکتعداد کم مریضان که به نزف ادامه میدهند باید تداوی جراحی اجراء گردد در صورت تطبیق تیوب Sengstaken باید بالون ان الی اماده شدن محلول جهت sclerotherapy عاجل تخلیه نشود .

تداوی جراحی

مریضانیکه نزف فعال دارند باید ازعملیات عاجل جراحی نسبت و فیات زیاد تا حد امکان خود داری شود لاکن در صورتیکه با وجود sclerotherepy نزف ادامه یابد چاره‌ء جز از مداخله جراحی وجود ندارد و این مداخله عاجل جراحی عبارتند از :

۱ – باز کردن صدر (transthoracic) و بسته نمودن واریس مری ، که این تداوی در صورت توضع واریس در حذای مری و عدم موجودیت ان در حذای کارد یا معده موثر میباشد.

۲ – انا ستموزپورتا – کاوا (porta-caval anastomosis)بین ورید باب و ورید اجوف سفلی که در اینصورت خون ورید باب مستقیماً داخل جریان وریدی سیستمیك شده و

از اول نبوده قرحه و کارسینومای معده هردو امراض معمول و شایع بوده و توام بودن انها اتفاق نادر نمی باشد. و میتوان گفت که تقریباً یك فیصد تمام کارسینومای معده از قرحه معدوی منشه میگیرد.

تثقب قرحهء پیپتیك

(perforated pepic ulcer)

تثقب قرحه پیپتیك تا هنوز هم از معمولترین و مهم ترین وقایع عاجل بطنی بوده با وجود آن وقوعات مرض از سال ۱۹۵۰ (نسبت مروج شدن H2 recept، انتاگونست در تداوي) رو به کاهش میباشد. باید گفت که تثقب در ۱۰ ٪ تمام قرحات مشاهده شده و نسبت تثقب قرحات اثناعشری بر قرحات معدوی ۱:۵ میباشد. از نظر جنس تثقب زیاد تر در مرد ها مشاهده شده و نسبت مرد بر زن ۱:۸ میباشد تثقب در هر سن سال میتواند بوجود آید لاکن زیاد تر در سنین ٤٥ - ٥٥ ساله مشاهده میشود . تقریباً ۲۵٪ تثقب در مریضانی مشاهده میشود که تحت تداوی استروئید ویا ادویه ضد التهابی غیر استروئید (اندومیتاسین، فینایل بوتازون وغیره) قرار دارند. از نظر توضع زیاد تر قرحات جدار قدامی اثناعشر و بعداً قرحات انحنی صفیر معده تثقب نموده و قرحات جدار خلفی معده و اثناعشر زیاد تر در پانکراس نفوذ (peneteration) می نماید.

کارسینومای معده نادراً تثقب مینماید.

اناتومی پتولوژی

از نظر اناتوموپتولوژی اولاً خود تثقب و بعداً مایع انصابی داخل پریتوان (مایع که از ناحیه تثقب خارج و حاوی مواد غذایی و ژرم ها میباشد) مطالعه میگردد.

۱ - مطالعه تثقب - تعداد تثقب عادتاً یك عدد بوده و نادراً چند تثقب در یك زمان مشاهده می شود. این تثقبات اکثراً در وجه قدامی پیلور، اثناعشر و معده قرار داشته و نادراً در وجه خلفی مشاهده می شود . در حالیکه نزف اکثراً در وجه خلفی پیدا می شود.

جسامت و قطر این تثقبات از سر سنجاق الی دو ملی متر رسیده ودر اینجا بر علاوه تثقب

باعث تنقیص فشار باب میگردد.

۳ -قطع ارتباطات بین ورید باب و از یگوس (porta-azygos disconnection)
برای این منظور واریس نهایت سفلی مری و قسمت علوی معده قطع شده این عملیه که با استفاده از circular stapling gun در حذای اتصال مری باکارد یا صورت میگیرد باعث قطع ارتباطات بین این دوسیستم وریدی در جدار قسمت سفلی مری میگردد .

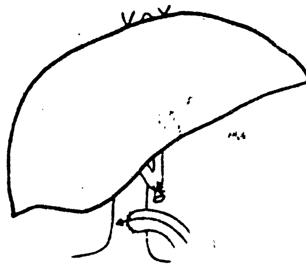
٤ - اگر خود ورید باب پوسیله ترومبوزو یا بصورت و لادی مسدود شده باشد تفمم پورتا - کاوا ناممکن بوده و در اینصورت می توان با روش های مختلف دیگری سیستم ورید باب را با سیستم ورید اجوف ارتباط داد که رایج ترین انها اناستموز اسپلینو رینال (spleno- renal anastomosis) است که بعد از splenectomy ورید طحالی را با ورید کلیوی چپ تفمم میدهند .

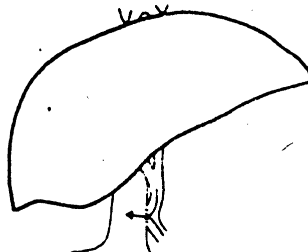
شنت بین سیستم باب و ورید اجوف سفلی را می توان در صورت موجودیت نزف قبلی طوریك عملیات انتخابی انجام داد البته اینوع عملیات را باید صرف در مریضانی انجام داد که و ظایف کبدی شان بصورت نسبی خوب باشد . یرقان ، پائین بودن سویه البومین سیروم از ۲.۵ گرام فی لیتر و خرابی وضع عمومی ، عواملی اند که مضاد استطباب جراحی را نشان میدهد .

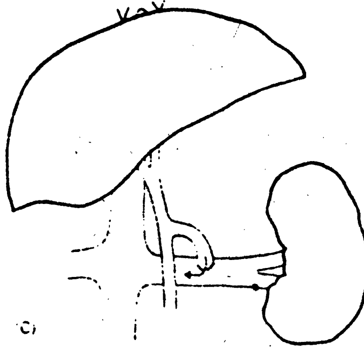
بد بختانه عملیاتهای جراحی که ارتباط بین ورید باب و ورید اجوف را بر قرارمی سازد بنوبه خویش احتمال بروز انسفالوپاتی پورتا - کاوا را زیاد ساخته و این مریضان باید همیشه با رژیم دارای حد اقل پروتین زندگی کنند . و باید گفت که در حال حاضر transplanta- tion کبد را به استثنای وقایع انسداد پری هیپاتیك با وظایف بهتر کبدی ترجیح میدهند .

تداوی واریس معده

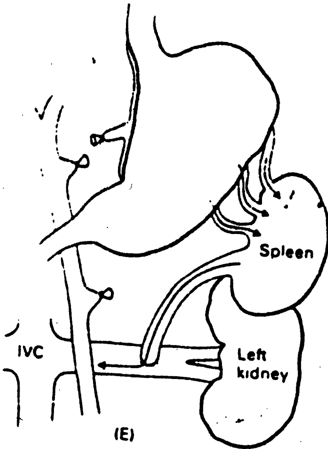
در صورتیکه واریس معده در ناحیه کارد یا توضع نداشته باشد تداوی زرقی نادراً امکان داشته که در این حا لت باید بعوض تداوی زرقی از devascularisation معدوی یاشنت ، همراه بابسته نمودن مستقیم اورده نزفی از طریق داخل معده صورت گیرد .











شکل ۵۷ - انواع شنت Decompression

الف - شنت porta-caval نوع end to side که از جمله ساده ترین عملیه ها میباشد .

ب - شنت porta-caval نوع side to side در صورت بندش جریان خون وریدی کبد، و خون از طریق وریدباب کبدر ترك مینماید.

ج - شنت spleno-renal نوع end to sids باپرداشتن طحال.

د - شنت (H) mesocavaL زمانی استطباب دارد که شنت جنبیجنبی ناممکن باشد بطور مثال زمانیکه ورید باب مسدود باشد.

ذ - شنت Distal spleno-renal Warren جهت تنقیص انتخابی فشار خون در واریس مری طرح شده و تنقیص فشار از طریق اورده کوچك معدوی و وریدطحالی در بین ورید کلیوی بوجود میاید.

تومور های کبد

تصنیف - تومور های کبد بدودسته یعنی سلیم و خبیث تقسیم میگردد :

۱ - تومور های سلیم کبد . که نادر بوده و عبارتند از :

الف - هیمانژیوما (Hemangioma) . که از جمله معمولترین تومور های سلیم کبد

می باشد .

ب – ادینوما .

ج – همارتوما (Hamartoma) .

۲ – تومور های خبیث کبد . تومور های خبیث کبد نیز بنوبه خویش به تومور های خبیث ابتدائی و ثانوی تقسیم میگردد .

تومور های خبیث ابتدائی – که در کشور انگلستان نادر بوده و عبارتند از :

الف – هیپاتوما (Hepatoma).

ب -کولانژیوکارسینوما (cholangiocarcinoma).

ج – شکل مختلط یا mixed .

تومور های خبیث ثانوی – که معمول بوده و از عضای ذیل به کبد میرسد .

الف – از جهاز هضمی توسط ورید باب .

ب – ازریه ، ثدیه ، خصیه ، میلانوما و غیره توسط دوران سیستمیك .

ج – از حویصل صفراء ، معده وhepatic flexure کولون توسط انتشار مستقیم .

تومورهای سلیم کبد

هیمانژیوما –این تومور از جمله معمولترین تومور های سلیم کبد بشمار رفته و نظر به همه احشای داخلی ، کبد زیاد تر به هیمانژیوما مصاب میگردد . مرض در خانم ها نظر به مرد ها پیج مرتبه بیش تر مشاهده شده که ممکن علت ان تاثیرات هورمونال باشد . دو نوع هیمانژیوما موجود میباشد یکی شکل capillary و دیگرcavernous که تقریباً تمام هیمانژیوما کبد از نوع cavernous بوده و اکثراً مترافق با ها یپرپلازی نود و لیر محراقی و کیست های کبد و پانکراس میباشد .

مرض استحاله خبیث نکرده لاکن از hemangio-endothelioma و هیمانژیوماتوزس منتشر تشخیص تفریقی شود که اخیرالذکرافات چندین مرکزی و سیعاً منتشر بوده و مترافق با افات و عائی جلدی می باشد ، و در هفته اول حیات با اعراض سریری ان در اطفال مشاهد ه می شود .

این تومور ها اکثراً کوچك و بدون اعراض سریری بوده کتله نادراً مشاهده شده و استثناً Bruit شنیده میشود . ارتیریو گرافی کبد ارزش تشخیصی داشته و بیوپسی توسط سوزن نسبت خطر نزف مضاد استطباب می باشد . اختلاط بزرگ مرض تمزق تومور و نزف داخل پریتوانی بوده که زیاد تر در اطفال و خانم های حامله شاهده میشود و ببش تر از ۸۰٪ وفیات دارد . تومور های بزرگ در اطفال ممکن مترافق با دهانه بلند و عدم کفایه قلبی باشد .

تداوی نزد اطفال شیرخوار نظر به دهانه قلبی صورت گرفته که در صورت بلند بودن دهانه قلبی و عدم کفایه احتقانی تداوی تقویوی از قبیل ستیروئید ها موثر بوده و آفت عموماً بهبودی کسب مینماید . برای جلوگیری از عدم کفایه قلبی در وقایع نادرایجاب می نماید تا شریان کبدی لیگاتور گردد . اگر آفت بزرگ و سیمتوماتیك باشد باید در هر سن سال ریزکشن شود و این تداوی در صورت تمزق توموربه داخل جوف پریتوان و ترومبوسایتوپنی ناشی از تجمع صفیحات دموی نیز استطباب دارد. تداوی شعاعی در کاهل با ۲۰۰۰ راد برای مدت ۱۵ روز و در اطفال الی ۶۰۰ راد ممکن بصورت قابل ملاحظه جسامت تومور را کوچك سازد

ادینوما و هایپرپلازی نودولیر محراقی - ادینومای کبد در سابق نادراً مشاهده شده وخانم ها را زیاد تر مصاب میسازد مولف - Baum در سال ۱۹۷۳ احتمال ارتباط مرض را با ادویه ضد حاملگی فمی تحت مطالعه قرارداده که تا هنوز تحت مناقشه میباشد اما فکر می شود که ممکن ادویه ضد حالگی فمی در تمزق بنفسیه ادینوما ونزف داخل پریتوانی رول داشته باشد در حالی که این اختلاطات در هایپر پلازی نودولیر محراقی کبد مشاهده نمیشود.

CT scan وارتیریو گرافی در تشخیص مرض رول داشته وریزکشن تومور صرف در صورت نزف و آفات سیمتوماتیك استطباب داشته در غیر آن از تداوی خود داری شود .

همارتوما - این تومور از انساج نارمل کبدی که بصورت غیر طبعی ترتیب شده بوجود آمده ومی تواند از یك نودول کوچك الی تومور بزرگ جسامت داشته باشد تومور از نظر کلینیکی نادراً اهمیت داشته و از نظر گروس نودولیر و تثبیت شده بوده و فوراً در تحت سطح کبد قرار دارد. تومور واحد یا متعدد می باشد و در مقطع نصواری خاکی رنگ بوده و قسمت

مرکزی آن اکثراً از یک نسج منظم ستاره ای شکل تشکیل شده است تداوی جراحی در صورتیکه آفت از نظر سریری دارای اهمیت باشد استطباب داشته لاکن در صورت توضع آفت عمیقاً بداخل کبد و تشخیص هستولوژیك آن باید توموربرداشته نشود زیرا تومور به آهستگی نشو و نما کرده و به خباثت تحول نمی نماید.

تومور های خبیث کبد

کارسینومای ابتدائی کبد

وقوعات - کاسینورمای ابتدایی کبد در میان مردمان غربی و امریکای شمالی نادر بوده لاکن در مردمان بومی افریقا و بعضی مناطق آسیا زیاد تر شیوع دارد و در تحقیقات که بعد از مرگ نزد انسان ها صورت گرفته فیصدی و قوعات کارسینومای کبد در ایالت متحده امریکا ۲۷ ، ۰ ٪ بوده در حالیکه در افریقا ۱ ,۱ ٪ میباشد . و ۱۷ - ۵۳ ٪ تمام وقایع کانسر را کارسینومای کبد تشکیل میدهد.

کانسر ابتدائی کبد زیاد تر در مردان مشاهده شده و در مردمان قفقاز قبل از سن ٤٠ سالگی نادر بوده در حالیکه در مردمان افریقا، اندونزیا تمایل به مرض در سن جوانی زیاد تر میباشد . و مرض قبل از سن ٤٠ سالگی مشاهده شده همچنان وقوعات مرض در میان مردمان چینی نیز زیاد مشاهده می شود. کارسینومای کبد در اطفال از جمله شایع ترین کارسینومای چند سال اول حیات بوده و قبل از سن دو سالگی اولین تظاهرات مرض ظاهر میگردد.

ایتولوژی

در ایتولوژی مرض فکتور های مختلف ذکر شده و اینها عبارت اند از:

- Aflatoxin -سمارق Aspergillus flavus که مواد غذایی مردمان افریقا و آسیا را ملوث کرده وباعث ازدیاد وقایع کارسینوماء hepatocellular در این نواحی شده است.

- گرفتن رژیم غذایی غیر پروتینی بصورت دوامدار که باعث Kwashiorkor میگردد زمینه را برای کارسینومای کبد مساعد میسازد و کانسر نزد این اشخاص بیشتر مشاهده

میگردد.

- سیروز کبد: ارتباط بین سیروز و کارسینومای کبد واضح بوده و تمام اشکال سیروز کبد میتواند در نهایت باعث کارسینومای کبد شود چنانچه نزد این مریضان اکثراً قبل از hepato Cellular carcinoma، سیروز post necrotic موجود بوده و در ۶۰٪ وقایع کارسینومای کبد سیروز مشاهده شده و تومور خبیث کبدی در ۵، ٤ ٪ مریضان سیروتیک مشاهده و به وقوع میرسد.

- Hemochromatosis که وقوعات مرض نزد این مریضان رو به ازدیاد میباشد

- انتانات پرازیتی کبد مانند Clonorchis sinensis که به قسم یك فکتور سببی کولانژیوکارسینوما ذکر شده است.

باید گفت که احتمال بوجود آمدن کارسینومای کبد به تعقیب هیپاتیت انتانی زیاد نبوده و در اطفال نادراً تومور با سیروز ارتباط دارد.

پتولوژي

از نظر حجروی سه نوع کارسینومای کبد شناخته شده است:

۱ - Liver cell carcinoma (Hepatocellular carcinoma) که اکثراً مشاهده شده و شباهت به حجرات پرانشیمل کبدی دارد.

۲ - Bile duct carcinoma (Cholangiocellular carcinoma) که حجرات آن از اپیتیلیوم قنوات صفراوی منشه گرفته میباشد.

۳ - شکل مختلط یا Mixed که متشکل از دو شکل فوق می باشد.

اصطلاح Embryoma یا hepatoblastoma عبارت از Hepatocellular car-cinoma نارسیده (immature) بوده از نظر گروس تومورهای مذکور می تواند به شکل یك نودول واحد بزرگ ، نودول های متعدد ویا به قسم منتشر در سر تا سر کبد مشاهده شود . هیپاتو سلولیر کارسینوما ساختمان trabecular داشته و از نظر وعائی بسیار غنی میباشد و اکثراً شعبات ورید باب ویا بعضاً ورید کبدی را اشغال کرده و تشکل Giant cell از تظاهرات آن میباشد که در تشخیص تفریقی آن از کارسینومای ثانوی کبد کمك

میکند - Bile duct carcinoma دارای حجرات نوع استوانی بوده که از نظر میکروسکوپیك تشخیص تفریقی آن از کارسینومای حویصل صفراء و طرق صفراوی خارج کبدی مشکل میباشد و صفراء در حجرات یا acini مشاهده نشده در حالیکه مخاط ساخته میشود.

تومور کبدی به چهار شکل ذیل توسعه کسب مینماید:

١ - نشو و نمای Centrifugal یا از مرکز به محیط . مانند بزرگ شدن نودول که باعث فشار بالای انساج کبدی مجاور میگردد.

٢ - توسعه parasinusoidal تومور . که در اینصورت تومور در بین پرانشیم محیط خویش ویا در بین سینوزوئید پیش رفت مینماید.

٣ - انتشار تومور از طریق ورید . در اینصورت تومور به شکل ریترو گراد از شعبات کوچك ورید باب به شعبات بزرگ و از انجا به خود ورید باب انتشار مینماید اشغال شدن شعبات وریدکبدی کمتر معمول بوده لاکن تومور می تواند تا وریداجوف سفلی و حتی اذین راست توسعه پیدا نماید.

٤ - میتاستاز به فاصله - میتاستاز به فاصله در نتیجه اشغال شدن طرق لمفاوی دموی بوجود آمده وزیاد ترعقدات لمفاوی ناحیوی وریه ها اشغال میگردد ومیتاستاز در ٤٨ - ٧٣٪ وقایع مشاهده می شود.

تظاهرات سریری

ضعیفی وضیاع وزن در ٨٠ ٪ این مریضان مشاهده شده ونصف مریضان درد بطنی دارند این درد وصف گنگ و دوامدار داشته و درد آنی دلالت به نزف داخل پریتوانی از باعث تمزق یك نودول نکروتیك و یا پاره شدن اوعیه دموی میکند . نزف از باعث واریس مری غیر معمول بوده لاکن اعراض مخبره و هذیانات صفحه نهائی مرض را نشان میدهد.

با معاینه کبد اکثراً بزرگ و غیر حساس بوده ضخامه طحال که یك عرض فرط فشار باب میباشد در یك برسه وقایع مشاهده شده یرقان در ٧٠ - ٨٥ ٪ وقایع حبن در یك بر دو الی

سه بر چهار مریضان دریافت میگردد. بخاطر باشد که شدید شدن اعراض و علایم در مریضان سیروز و یا hemochromatosis بصورت سریع اکثراً دلالت به تحول مرض یه کارسینومای کبد کرده همچنان اصلاح حالت دیابیت و بعضاً هایپوگلیسیمیا نیز تحول مرض را به نیوپلازم نشان میدهد.

معاینات تشخیصیه

erythrocytosis با هیپاتوما همراه بوده و سویه BSP والکلین فاسفتاز تغیر نموده که در صورت موجودیت تشوش مهم وظایف کبدی وعدم موجودیت امراض عظمی ، بلند بودن سویه الکلین . فاسفتاز دلالت به تومور کبدی می نماید. سویه بلوروبین سیروم مانند سایر تست های وظیفوی کبد اکثراً نارمل میباشد .

دریافت α fetoprotein (AFP)_ درسیروم توسط Immuno- phoresis electro ,Immuno diffusion وغیره در تشخیص تفریقی و مطالعات اپیدیمولوژیك مرض مفید بوده که این پروتین در جنین بصورت نارمل موجود و چند هفته بعد از ولادت ناپدید میگردد. و در ۷۵ ٪ مریضان افریقایی و ۳۰ ٪ مریضان ایالات متحده امریکا(+) بوده و بخاطر باشد که نتیجه (+) کاذب در تومور های رشیمی مبیض و خصیه مشاهده شده تست مذکور بعد از برداشتن تومور منفی شده و در صورت نکس تومور AFP در سیروم دوباره ظاهر میگردد.

ارتیروگرافی انتخابی کبد ، ازدیاد اوعیه را بداخل تومور نشان داده و توسط -scintilla tion آفت بداخل کبد مشاهده شده و Computed - tomography از جمله معاینه بسیار حساس میباشد بیوپسی کبد از طریق جلد توسط سوزن, مرض را بصورت دقیق تشخیص می نماید.

تــــــداوی

یگانه تداوی کارسینومای ابتدائی کبد برداشتن تومور توسط مداخله جراحی بوده و قبل از برداشتن تومورنقاط ذیل مد نظر باشد:

۱ - تومور باید واحد ویا موضعی باشد.

۲ - عقدات لمفاوی ، اوعیه دموی و طرق صفراوی اشغال نشده باشد.

۳ - میتاستاز بعیده موجود نباشد.

پیشرفت های اخیر در مورد اناتومی سیگمینتال کبد ، تکنیك جراحی ، انستیزی و نقل الدم سبب شده تا ریزکشن کبد بصورت مصون و با وفیات کمتراز ۵٪ صورت گیرد و در مریضان سیروز پیش رفته نسبت وفیات زیاد و خوب نبودن ترمیم دوباره کبد ریزکشن استطباب ندارد. باید گفت که نتایج Total hepatectomy با transplantation کبد تا هنوز مورد دلچسپی قرار نگرفته و تداوی شعاعی کمتر ارزش داشته و تطبیق شعاع زیاد باعث ماوف شدن کبد ، تشکل ابسی و suppurative cholangitis شده میتواند. شیموتیراپی سیستیمیك حیات مریض را طویل ساخته و hepatoblastoma باتداوی مختلط یعنی ریزکشن شیموتیراپی وتداوی شعاعی جواب داده زرق ادویه بداخل شریان در ۲۵ فیصد مریضان نتیجه موقتی داده همچنان لیگاتور شریان کبدی نیز دارای نتایج کم و موقتی میباشد.

انـــذار

انذار کارسینـومای ابتدایی کبد در صورت عدم تداوی نهایت خراب بوده و طول حیات بعد از ظاهر شدن اعراض نادراً بیش تر از ٤ ماه میباشد. لاغری، عدم کفایه کـبدی، ترومبوز ورید باب نزف داخل پریتوانی و میتاستاز باعث مرگ مریض میـگردد. طول حیات بعد از عملیات نزد مریضـان کاهل طور اوسط ۵ سال و در اطفال پایین تر از دو سال ۵۳ ماه میباشد.

تومور های میتاستاتیک کبد

تومور های میتاستاتیک کبد نظر به تومورهای ابتدایی کبد ۲۰ مرتبه بیش تر مشاهده شده و این میتاستاز ها در ۷۵٪ وقایع از کانسر ثدید، ریه ، پانکراس ، معده ، امعاء غلیظه ، کلیه ها ، مبیض و رحم به کبد میرسد. انتشار تومور های مذکور به کبد از طریق دوران سیستمیک ، ورید باب ، در یك تعداد کم وقایع لمفاوی میباشد. کبد سیروتیك که درآن اکثراً تومور های ابتدایی بوجود می آید برای جاگزین شدن میتاستاز ها نظربه کبد نارمل کمتر مساعد میباشد . این مریضان در ۹۰٪ وقایع در سایر قسمت های بدن خویش نیز میتاستازداشته چنانچه ریه ها نیز در ۳۰ ٪ وقایع دارای میتاستاز میباشد. در ۱۰٪ این مریضان در اثنای لپراتومی ، تومور جس و مشاهده نشده در حالیکه مقطع کبدی شان میتاستاز نشان داده است.

تظاهرات سریری

ضیاع وزن ، خستگی کسالت و بی اشتهایی از جمله شکایات عمومی مریض بوده و درد هیپو کاندر راست، حبن ، ویرقان اعراض معمول مرض میباشد در ۱۵٪ مریضان تب بدون کدام محراق انتانی واضح موجود است .

در معاینه فزیکی در ۶۰٪ وقایع ضخامه کبد یا تومور میتاستاتیك در هیپوکاندر است که ممکن حساس باشد دریافت شده فرط فشار باب میتواند با کولتیرال وریدی بطن ویا ضخامه طحال تظاهر نماید. و Friction rub بعضاً بالای کبد قابل سمع است.

معاینات تشخیصیه

این مریضان کم خون بوده (هیماتو کریت ۳۰ - ۳۶٪) و سیروم بلوروبین در نصف مریضان در حدود ٤ ملی گرام فیصد ملی لیتر میباشد . همچنان سویه الکلین فاسفتاز بلند میرود . بیوپسی کبد که از طریق جلد توسط Fine needle aspiration صورت میگیرد اکثراً باعث تشخیص مرض میگردد و این معاینه تحت رهنمائی scan برای تعین

خود قرحه را نیز مطالعه مینماییم. در شروع قرحه صرف غشای مخاطی و قسمتی از طبقه عضلی را اشغال کرده تدریجاً قرحه در طبقه مصلی نفوذ کرده و بالاخره این طبقه را سوراخ و به تثقب معروض میگردد بناءً تثقب دارای دو فوهه بوده یکی خارجی که قطر کوچك داشته و دیگر داخلی که قطر بزرگ دارد . تثقب در قرحات بوجود می آید که مزمن بوده و در مجاور ناحیه مثقوبه ارتشاح و تصلب وجود دارد . که این ارتشاح در طبقه عمیق زیاد بوده بناً اگر در نسج ارتشاحی کوك زده شود کوکها به اسانی می چلد.

۲ - **مطالعه انصباب داخل پریتوانی** - چون معده دارای مواد غذایي ، عصاره معدوی و گازات است مواد مذکور در اثر تثقب داخل جوف آزاد پریتوان شده و گازات در تحت حجاب حاجز جمع شده که برای تشخیص پریتونیت رهنمای خوب میباشد . مواد غذایی و عصاره معدوی در شروع تثقب نسبت اسید معدوی کمتر سیپتیك بوده و چو دران ژرم ها نیز موجود است بناً درساعات متعاقب سبب التهاب پریتوان میگردد. در شروع تثقب محتوی معده اولاً در تحت کبد ریخته و بعداً مواد مذکور به حفره حرقفی راست میرسد که از نظر تشخیص مهم است بالاخره این مواد به قست سفلی بطن و جوف دوگلاس رسیده و با جس معقدی دریافت می گردد.

مطالعه سریری

درینجا بهتر است از تثقبات که در جوف آزاد پریتوان صورت میگیرد (massive per-foration) و یك واقعهء عاجل جراحی را میسازد بحث نمائیم.

نزد این مریضان در ۸۰٪ وقایع تاریخچه طولانی قرحه پیپتیك دریافت شده وحتی برای مدت زیادی از تداوی طبی یاد آور میشوند که در اینصورت تشخیص آسان بوده و در۲۰ ٪ باقیمانده سابقه قرحوی دریافت نشده و قرحه بصورت آنی تثقب مینماید. که درینصورت تشخیص مشکل می باشد. اعراض وظیفوی نزد این مریضان عبارتند از:

درد بطن - شروع درد آنی و نهایت شدید بوده و مریض زمان شروع درد را دقیقاً به یاد دارد درد اکثراً به شانه راست ویا هر دو شانه انتشار کرده که دلالت به تخریش حجاب حاجز کرده درد با حرکت زیاد شده بناءً مریض در بستر آرام قرار دارد.

محل بیوپسی بخوبی اجراء شده میتواند.

تداوی

تداوی تومورهای میتاستاتیک کبد برداشتن تومور توسط مداخله جراحی بوده که در حالات ذیل امکان پذیر میباشد:

۱ - تومور ابتدائی قابل کنترول و معالجه باشد.

۲ - میتاستاز سیستمیک و داخل بطنی موجود نباشد.

۳ مریض تحمل عملیات بزرگ را داشته باشد.

٤ - میتاستاز کبدی از نظر وسعت بصورت مکمل قابل برداشت باشد.

باید گفت که نتایج تداوی جراحی نزد این مریضان چندان خوب نمی باشد . لیگاتور شریان کبدی یکنوع تداوی دیگر مرض بوده که به منظور تسکین درد اجراء می گردد. و استفاده از ادویه سایتوتوکسیک نیز باعث بهبودی موقتی مرض شده میتواند.

فصل هشتم

حویصل صفراء و طرق صفراوی

اناتومی و فزیولوژی جراحی

حویصل صفراء شکل ناك را داشته و ۵ . ۷ - ۵ . ۱۲ سانتی متر طول دارد ظرفیت نارمل آن ۵۰ ملی لیتر بوده لاکن قابلیت توسع آن در حالات پتولوژیك خیلی زیاد میباشد. حویصل صفراء از نظر اناتومیك متشکل از غور (Fundus) جسم (Corpus) و عنق بوده و غشای مخاطی آن حاوی یکتعداد تبارزات و فرورفتگی ها در بین طبقه عضلی میباشد که بنام کریپت های Luschka یاد میشود.

قنات سیستیك ۵، ۲ سانتی متر طول داشته و حاوی دسام Heister میباشد که شکل بیضوی دارد.

قنات کبدی اساسی (Common hepatic duct) اکثراً کمتر از ۵ . ۲ سانتی متر طول داشته و از یکجا شدن قنات کبدی راست و چپ بوجود میاید .

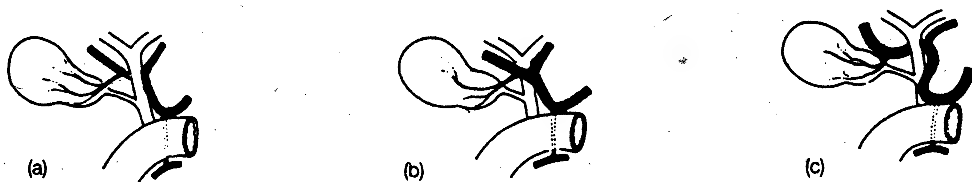
قنات صفراوی اساسی (Common bile duct) تقریباً ۵ . ۷ سانتی متر طول داشته و از یکجا شدن قنات سیستیك و قنات کبدی اساسی تشکیل شده و دارای چهار قسمت میباشد.

۱ - قطعه فوق اثناعشری (The supraduodenal portion) که تقریباً ۵ . ۲ سانتی متر طول داشته و در حافه آزاد ثرب صغیر سیر دارد.

۲ - قطعه خلف اثناعشری (The retroduodenal portion) .

۳ - قطعه تحت اثناعشری (The infra duodenal portion) که در یك میزابه

قرار داشته و بعضاً در وجه خلفی پانکراس در یك تونل موقعیت داشته میباشد.
٤ - قطعه داخل اثناعشری (The intra duodenal portion) که در جدار قطعه دوم اثناعشر بصورت مایل سیر داشته و توســـط معصره Oddi احاطه شده و در حذای papilla vater ذریعه یك فوهه خاتمه می یابد.

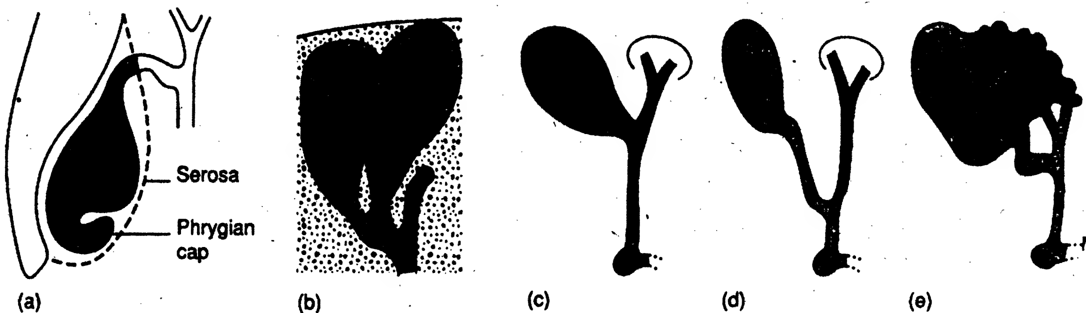


شکل «٥٨» شرائین حویصل صفراء

ارواء حویصل صفراء: حویصل صفراء توسط شریان سیستیك که شعبه شریان کبدی راست است ودر خلف قنات کبدی اساسی از آن جدا میگردد. ارواء شده نادراً یك شریان سیستیك اضافی نیز وجود داشته که از شریان معدی اثناعشری منشه میگیرد (شکل ٥٨ الف) بخاطر باشد که در ١٥٪ وقایع شریان کبدی راست ویا شریان سیستیك در قدام قنات کبدی اساسی و قنات سیستیك قرار داشته میباشد. (شکل ٥٨ ب) ویکی از وخیم ترین انومالی ها قرار گرفتن شریان کبدی با سیر معوج ویا شریان کبدی راست باسیر معوج و شریان سسیتیك کوتاه در قدام قنات سیستیك میباشد (شکل ٥٨ ج).
لمف - اوعیه لمفاوی حویصل صفراء (تحت المصلی و تحت المخاطی) در عقدات لمفاوی سیستیك ریخته و این عقدات در حذای اتصال قنات سیستیك و کبدی اسای قرا ردارند لمف از این عقدات به سویق کبدی وعقدات لمفاوی سیلیاك میرود. اوعیه لمفاوی تحت المصلی حویصل صفراء با طروق لمفاوی تحت کپسولی کبد وصل شده از همین باعث کارسینومای حویصل صفراء اکثراً به کبد انتشار می نماید.

انومالی های ولادی حویصل صفراء و طرق صفراوی

امبریولوژی : رتج کبدی بعداز منشه از جدار قدامی foregut تدریجاً طویل شده باعث تشکل کولی دوك میگردد. از ساقه جنبی این ساختمان بعداز توسع حویصل صفراء و قنات سیستیك بوجودمی آید . قنات کبدی رشیمی دارای شعبات متعدد بوده که با قنوات در بین حجرات کبدی وصل شده این قنوات دراثر هایپر پلازیا اکثراً در حیات رشیمی مسدود میگردد لاکن در حالات نارمل قنوات مذکور دوباره تشکل کرده جریان صفراء آغاز میشود. در زمان حیات مقدم جنینی حویصل صفراء کاملاً بداخل کبد موقعیت دارد.



شکل «۵۹» یکتعداد انومالی های اناتومیك حویصل صفراء و طرق صفراوی.

انومالی های ولادی طرق صفراوي در ۱۰٪ وقایع اتوپسی دریافت میگردد .

عدم موجودیت حویصل صفراء:

بصورت نادر حویصل صفراء در یك شخص موجود نمیباشد.

کلای phrygian (شکل ۵۹ الف) که در ۲-۶ ٪ کولی سیستوگرافی دریافت شده و ممکن با سؤ شکل مرضی حویصل صفراء مغالطه شود.

حویصل صفراء شناور یا متحرك (Floating gallbladder) . حویصل صفراء توسط مساریقه خویش آویزان بوده و زمینه را برای تدور مساعد میسازد.

حویصل صفراء مضاعف (Double gallbladder) - در این صورت حویصل صفراء دو عدد بوده که ممکن یکی آن داخل کبدی باشد . کولی سیستوگرافی اکثراً این انومالی را تشخیص نتوانسته زیرا خیال آنها یکی بالای دیگر قرار میگیرد. در این موارد باید کولی سیستیکتومی مضاعف اجراء شود.

عدم موجودیت قنات سیستیك - در این انومالی قنات صفراوی اساسی می تواند در اثنای کولی سیستیکتومی ماوف شود و جهت جلوگیری از آن باید تسلیخ بصورت دقیق اجراء و عنق حویصل صفراء توسط خیاطه های continuous بسته گردد.

وصل شدن قنات سیستیك در سفلی (شکل ۵۹ د) - که در این صورت قنات سیستیك نزدیك امپولا به قنات صفراوی اساسی وصل شده این انومالی معمول مخصوصاً زمانی جستجوشود که عملیات bypass در وقایع یرقان از باعث کارسینومای طرق صفراوی و یا پانکراس مد نظر باشد.

قنات کولی سیستوهیپاتیك اضافی (شکل ۵۹ ذ) که ممکن در حویصل صفراء باز گردد و باعث لیکاژصفراوی بعداز کولی سیستیکتومی شود. در انومالی های بسیار نادر زمانی که قنات کبدی راست در حویصل صفراء خاتمه یابد باید cholecystostomy ویا کولی سیستیکتومی قسمی اجراء گردد.

فزيولوژي جراحی

زمانیکه صفراء کبد را ترك مینماید حاوي ۹۷٪ آب ، ۱ - ۲ ٪ نمك هاي صفراوي و ۱٪ صباغات ، کولیسترول ، اسید هاي شحمي میباشد . کبد تقریباً ٤٠ ملی لیتر صفراء في ساعت اطرح مینماید.

حویصل صفراء نارمل داراي وظایف ذیل میباشد:

۱ ذخیره صفراء - در اثناي گرسنگی ، مقاومت معصره مقابل جریان صفراء زیاد بوده و

صفراي اطراح شده توسط کبد بداخل حویصل جریان پیدا میکند . بعداز گرفتن غذا مقاومت معصره oddi مقابل جریان صفراء کم شده حویصل تقلص نموده و صفراء داخل اثناعشر میگردد. این عکس العمل حرکی طرق صفراوي قسماً مربوط به هورمون cholecystoki-nine میباشد که در نتیجه عکس العمل مخاط قسمت هاي علوي امعاء مقابل مواد غذایی باالخصوص شحم آزاد میگردد.

۲ - غلیظ ساختن صفراء - صفرا که از کبد به حویصل صفراء میرسد در اثر عملیه جذب فعال آب، سودیم ، کلوراید وباي کاربونیت توسط غشاي مخاطی حویصل ۵ - ۱۰ مرتبه غلیظ شده و همزمان مقدار نمك هاى صفراوى ، صباغات صفراوي ، کولیسترول و کلسیم در آن افزایش میيابد.

۳ - افراز مخاط - که تقریباً ۲۰ ملی لیتر در هر ۲٤ ساعت افراز میگردد.

معاینات طرق صفراوی به منظور تشخیص و تداوی

رادیوگرافي ساده بطن - که در ۱۰ ٪ وقایع سنگهاي رادیو اوپك کسیه صفراء را نشان داده همچنان وقایع نادر تکلس کسیه صفراء (porcelian gallbladder) و صفراء آهکي (lime water) مشاهده شده و علاوتاً این معاینه موجودیت گاز را در قنات صفراوي نشان میدهد.

کولی سیستوگرافی فمي(Graham-Cole test) - یکي از معمولترین معاینات در اعراض سنگهاي صفراوي بوده و در این معاینه از Telepaque که یك مرکب عضوی آیودین دار میباشد . ازطریق فمي استفاده شده و بعد از اخذ رادیوگرافي کنترولي ، جهت تخلیه حویصل صفراء مریض به ساعت ٦ شام روز قبل از اجراي رادیو گرافي غذایی را که حاوي یکمقدار شحم باشدمیگیرد و تابلیت ها بساعت ۹شب با مقدار کم آب از طریق فمی گرفته میشود و بعد از آن مریض از طریق فمي چیزي نمی گیرد به ساعت ۹ صبح روز فردا رادیوگرافی قسمت علوی راست بطن بحالت ایستاده و استطجاع ظهری بوضعیت مایل اجرا میگردد. جهت تخلیه حویصل صفراء یك غذای نوشیدني که حاوي شحم باشد به مریض داده شده و رادیوگرافي دیگر اخذ میگردد. مشاهده نشدن خیال حویصل صفرا

Telepaque ممکن ناشی از عدم اخذتابلیتهاي (non functioning gallgladder) توسط مریض ، استفراغ ، سوء جذب ، تشوش وظایف کبدی ، بندش قنات سیستیك ویا امراض شدید حویصل صفراء که مانع تجمع مواد کثیفه میگردد باشد.

کولانژیوگرافی داخل وریدی (biligram)- توسط این معاینه طرق صفرای داخل کبدی و خارج کبدی مشاهده شده و برای این منظور Biligrafin که یك ماده کثیفه ایودین دار میباشد بداخل ورید به آهستگی زرق شده که مواد مذکور توسط کبد جمع و در ظرف چند دقیقه در طرق صفراوی مشاهده میشود . در این معاینه سنگ طرق صفراوی به شکل نقص امتلا (filling defects) سیاه رنگ و در صورت باز بودن امپولا عبور مواد کثیفه بداخل اثناعشر دیده می شود . این معاینه باید در مراحل مقدم یرقان خفیف که هنوز کبد قادر به تجمع مواد کثیفه می باشد اجراء گردد لاکن کلیشه های رادیوگرافی عموماً قناعت بخش نمی باشد . استطباب اجرایintravenous cholangiography روز به روز محدود شده و اکثر رادیولوجست ها از اجرای این معاینه نسبت عوارض جانبی biligram خود داري مي نمایند .

کولی سیستوگرافی فمي و داخل وریدی همزمان اجراء شده میتواند .

اهتمامات محافظوی و مضاد استطباب: مواد حاوی ایودین مانند Biligrafin میتواند باعث شاك انافلاکتیك شدید شود . تشوش و ظایف کلیوی ، ماکروگلوبولینمیا ، multiple myelomatosis و thyrotoxicosis مضاد استطباب اجرای این معاینه می باشد .

این معاینه و کولی سیستوگرافی فمی در صورت یرقانی بودن مریض و بلند بودن سویه بلوروبین پلازما از ۵۰ میکرومول فی لیتر (۳ ملی گرام في صد ملی لیتر) نسبت خراب بودن و ظایف هیپاتوسیت ها و اطراح ناکافی مواد کثیفه اجراء نشود علاوتاً کولي سیستیت حاد مضاد استطباب اجرای این معاینات میباشد .

الترا سونوگرافی - یك معاینه بی ضرر بوده و در مریضانیکه نزد شان احتمال سنگ صفراوی میرود و یا مصاب یرقان می باشند در شروع از این معاینه استفاده می شود .

این معاینه سنگهای طرق صفراوی ، توسع قنوات صفراوی و ممکن کارسینومای پانکراس را که باعث انسداد طرق صفراوی اساسی شده نشان داده و علاوتاً سنگ را در حویصل صفراء که وظیفه اجراء نمی کند نشان میدهد . در صورتیکه التراسونوگرافی توسع یك قسمت قنات صفراوی را نشان دهد باید نزد مریض جهت دریافت طبعیت و وسعت بندش قنوات endo- scopic retrograde cholangiography (ERCP) و یا percutaneous transhepatic cholangiography (PTC) اجراء شود . در صورتیکه قنوات متوسع مشاهده نشود ممکن یرقان از باعث کولی ستاز داخل کبدی باشد (هیپاتیت و یروسی ، سیروز ابتدائی صفراو ي ، ادویه جات و غیره) و در صورت مصون بودن (عدم موجودیت کواگولوپاتی) بیوپسی کبد معاینه خوب بعدی می باشد . Bengal

Radioisotope scaning - در این معاینه از I 131 Rose Bengal و TC 99m نشانی شده که در صفراء اطراح میگردد برای مشاهده طرق صفراوی استفاده شده و در کولی سیستیت حاد ، حویصل صفراء دیده نمی شود این معاینه در تشخیص افات صفراوی نظر به التراسونوگرافی ارزش زیاد داشته زیرا برعلاوه کولی سیستیت از باعث سنگ که زیاد معمول میباشد در تشخیص کولی سیستیت بدون سنگ نیز کمك می نماید . این معاینه در تشخیص اتریزیا و لادی طرق صفراوی و ارزیابی باز بودن انستموز معائی صفراوی نیز بکار برده شده می تواند .

computed tomography (CT scaninng) - این معاینه نیز مانند التراسونوگرافی معلومات ارایهء کرده و برای مریضانیکه نزد انها اجرا التراسونوگرافي نسبت چاقی ، و مقدار زیاد گاز امعاء مشکل میباشد یك معاینه مفید است .

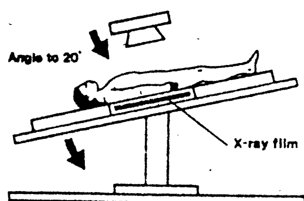
(ERCP) Endoscopic retrograde cholangiopancreatography - در این معاینه بکمك fibreoptic duodenoscope کانول داخل امپول و اتر شده و بعد از زرق مواد کثیفه منحل در اب ، طرق صفراوی قابل رویت میگردد و بدین ترتیب اسباب جراحی یرقان از اسباب طبي ان تشخیص تفریقی می شود . توسط این معاینه صفراجهت معاینه سایتولوژی و میکروبیولوژی و پارچه از ناحیه متضیق برای مطالعه سایتولوژی گرفته شده می تواند . ERCP می تواند باعث کولانژیت شود که ایجاب تطبیق

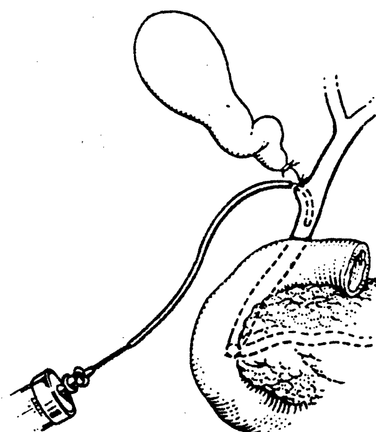
انتی بیوتیك وعملیات بعدی را می نماید . این تکنیك مجهز با اندوسکوپیك پاپیلوتومی جهت اخراج سنگ ، عبور کتیتر از ناحیه متضیق به منظور دریناژ خارجی صفراء و گذاشتن stents در ناحیه متضیق می باشد .

Percutaneous transhepatic cholangiography (PTC)- این معاینه در صورت تمایل مریض به نزف باید اجراء نشود و موجودیت تاریخچه کولانژیتیس ایجاب تطبیق انتی بیوتك را می نماید . در این معاینه یك سوزن که دارای قطر ۷. ۰ ملي متر و طول ۱۵ سانتی متر میباشد از طریق مسافه بین الضلعي هشتم خط ابطی متوسط الي فاصله دو سانتي متری از حافه راست ستون فقرات تحت کنترول فلوروسکوپ داخل کبد شده بعداً stylet آن کشیده شده و درحالیکه Conray 280 زرق میگردد و سوزن به آهستگي تازمانیکه مواد کثیفه داخل طرق صفراوی شود بیرون کشیده می شود این تکنیك درمریضان مصاب تضیق طرق صفراوی بمنظور تطبیق کتیتر در قنات صفراوي و در يناژ صفراء بخارج رواج زیاد پیدا کرده است همچنانstent یا تیوپ میان خالی را میتوان بمنظور دریناژ an-tegrade بداخل اثناعشراز ناحیه متضیق عبور داد.

کولانژیوگرافی زمان عملیات (Peroperative cholangiography) - در این معاینه کسیت فلم در خلف مریض در ناحیه که تمام طرق صفراوی را در بر گیرد گذاشته شده قنات سیستیك باز و کتیتر polythine از طریق ان تقریباً بطول سه سانتی متربداخل قنات صفراوی اساسی عبور داده می شود قنات سیستسك و کتیتر توسط یك خیاطه بمنظور جلوگیری از لیکاژبسته شده و بمنظور جلوگیری ازحباب های هوابداخل کتیتر که خیال مشابه به سنگهای radiolucent را در کلیشه رادیوگرافي میدهد کتیتر قبل از تطبیق توسط سیروم فزیولوژیك پر میگردد سامان و گازات که ممکن کلیشه رادیوگرافی را مغشوش سازد از ساحه عملیاتی دور شده وغرض جلوگیری از قرار گرفتن قناتهای صفراوي و فقرات بالای یکدیگر و جریان مواد کثیفه بداخل کبد ، میز عملیات ۱۰ درجه بطرف راست خم شده و راس مریض ۲۰ درجه پائین میگردد سه زرق مواد کثیفه هایپك ۲۵ ٪(۳ ، ٤ و ۱۰ ملی لیتر) تطبیق شده و بعد از هر زرق کلیشه رادیوگرافی اخذ میگردد در اثنای اخذ کلیشه رادیوگرافی

باید تنفس قطع گردد تا از هر گونه حرکت که باعث خیره گی فلم میگردد جلوگیري شود . کولانژیوگرام نارمل عدم ضرورت استکشاف طرق صفروی اساسی رانشان داده و عدم دخول مواد کثیفه بداخل اثناعشر ممکن از باعث اسپزم معصره باشد نظر به اینکه یك آفت عضوی سبب حادثه شده باشد که براي رفع این امکانات به مریض succinylcholine تطبیق و دو باره کلیشه رادیوگرافی اخذ میشود . در صورتیکه مواد کثیفه هنوز هم داخل اثناعشر نشده باشد ویا در قنات سنگ مشاهده شود باید استکشاف قنات صفراوی اجراء گردد . تقریباً در ۲۰٪ وقایع مواد کثیفه داخل قنات ویر سونگ شده که این حادثه در همه وقایع مرضي نمیباشد





شکل «۶۱» کولانژیو گرافی peroperative با استفاده از radiolucent table-pot

شکل «۶۰» کولانژیو گرافی peroperative طریق تطبیق مواد کثیفه

Operative biliary endoscopy (choledochoscopy) – درین معاینه اندوسکوپ فایبیر اوپتیك flexible ویا rigid داخل طرق صفراوي شده و سنگ تحت رویت مستقیم مشاهده و کشیده شده و در صورت دریافت ناحیه متضیق بیوپسی اخذ میگردد.

peroperative postexploratory cholandiography – دراین معاینه کولانژیو گرام از طریق کتیتر ویا T تیوب اجراء میگردد تا اطمینان حاصل شود که بعد از کولیدوکوتومی سنگ بداخل طرق صفراوي باقي نمانده و بندش مقابل جریان صفرا به داخل اثناعشر موجود نمیباشد.

Postoperative cholangiography – این معاینه ۱۰ - ۱۴ روز بعد از

دلبدی واستفراغ - دلبدی نزد این مریضان موجود بوده لاکن استفراغ بعضاً مشاهده میشود.

قی الدم و میلانا - این دو عرض با تثقب همراه می باشد .

با معاینه، این مریضان شدیداً درد داشته سرد، عرقناك و تنفس سریع و سطحی دارند. در ساعات اول مرض از نظر سریری علایم حقیقی شاك موجود نبوده و نبض ثابت و فشارخون نارمل است همچنان در این مرحله در جه حرارت نارمل و یا کمی پائین تر از نارمل بوده بطن متقلص و rigid میباشد. (board like) با اصغاء بطن خاموش بوده و در بعضی حالات آواز های معایی نادراً شنیده می شود.

با قرع اصمیت کبدی در نصف وقایع نسبت قرار گرفتن گاز در تحت حجاب حاجز تنقیص می یابد . جس معقدی حساسیت جوف دو گلاس را نشان میدهد.

در اشکال موخر یعنی بعداز ٢٤ ساعت و یا بیش تر از آن تظاهرات پریتونیت موخر با انسداد فلجی ظاهرشده بطن متوسع و نبض سریع میگردد. استفراغات بدون مصرف قوه بوجود آمده و مریض نهایت توکسیك شده و مصاب شاك oligemic میباشد.

رادیو گرافی بطن بوضعیت ایستاده در ٧٠ ٪ وقایع گاز آزاد را در تحت حجاب حاجز نشان میدهد.(free air).

تثقب تدریجی (Slow perforation): هرگاه تثقب کوچك و حادثه موضعی گردد دراینصورت حساسیت و rigidiity میتواند منحصر به قسمت علوی بطن باشد.

تشخیص تفریقی

جهار حالت مرضی که تثقبات قرحات پیپتیك با آن مغالطه شده میتواند عبارتنند از : تثقب اپاندکس، کولی سیستیت حاد ، پانکریا تیت حاد و ترومبوز اوعیه اکلیلي.

تـــــــداوی

بعد از تشخیص تثقب، معده توسط سند انفی معدی تخلیه شده تا از ریختن زیاد محتوی معده بداخل جوف پریتوان و انشاق محتوی معده دز اثنای انستیزی جلوگیری شود. جهت

کولی دوکوتومي از طریق T تیوب که بمنظور دریناژ طرق صفراوی اساسی گذاشته شده اجراء شده که عدم موجودیت سنگ و جریان نارمل صفراء به اثناعشر به ما اجازه میدهد که T تیوب را خارج نماییم.

سنگ های صفراوی
(cholelithiasis) Gall stones

سنگهای صفراوی از جمله معمولترین امراض طرق صفراوی بوده که در اطفال نادراً مشاهده شده لاکن بعد ازین سن وقوعات مرض با گذشت هر دهه افزایش مي یابد . در کشور انگلستان سنگهاي صفراوي در ۱۰٪ خانم هاي که سن ٤٠ سال دارند مشاهده شده و بعداز سن ٦٠ سالگی این رقم به ۳۰ فیصد میرسد وقوعات مرض در مرد هاتقریباً نصف فیصدي فوق می باشد . سنگهای صفراوی باالخصوص در نژاد هاي مدیترانین شیوع داشته و بلند ترین وقو عات مرض در میان مردمان نیومکسیکودریافت میگردد.

وقوعات - سنگهاي صفراوي نزد اشخاصي که دارای خصوصیت پنج F میباشد زیاد تر مشاهده شده که اینها عبارت اند از: (Fifty, Female, Flatulent, Fertile, Fat) که ترجمه آن چاق، مزدوج ، و خانم نفخی پنجاه ساله میباشد لاکن بخاطر باشد که سنگهای صفراوي درهردو جنس در سنین بسـیار مقدم حتی در دوران طفولیـت مشاهده شده و در سـنین پیش رفتـه زیاد تر شیوع دارد . وبا وجود این که۲/۳ سنـگهاي صفراوي بدون اعراض میباشد در اروپا ۳۰ ٪ خانمها که سن بیشتراز ٦٠ سال دارند مصاب سنگ صفراوی میباشند.

ایتولوژي

عوامل و فکتور هاى متعدد میتواند باعث تشکل سنگهای صفراوي شود که اینها عبارت اند از :

۱ - فکتورهاي میتابولیك.

۲ - فکتورهای انتانی.
۳ - فکتورهاي خلطي.
٤ - رکودت صفراء.

۱ - فکتور هاي میتابولیك (سنگهاي کولیسترول و Mixed) - کولیسترول یك ماده غیرمنحل درآب بوده که در موجودیت اسید هاي صفراوی و فاسفولیپید بحال منحل در مواد صفراوي حفظ میگردد هرگاه مقدار کولیسترول در مواد صفراوي افزایش یابد در نتیجه صفراء مشبوع یا Lithogenic بوجود مي آید که باعث تشکل کریستل های کولیسترول میگردد این حادثه بالخصوص درخانمهاي مشاهده میشود که در اثر گرفتن Clofibrate مقدار شحم خون تنقیص یافته و در طرق صفراوي عبور مینماید همچنان در اثر گرفتن ادویه ضد حاملگی و تزاید سن مقدار کولیسترول در مواد صفراوي بلندرفته و برهم خوردن entero hepatic circulation در اثر ریزکشن الیوم اجراي الیوستومی ویا عملیه bypass باعث تغیر در نمکهاي صفراوي شده و در نتیجه سنگ حویصل صفراء تشکل مي نماید.

۲ - فکتور هاي انتاني - رول انتان در تشکل سنگ واضح نبوده و صفراي مریض مصاب سنگ اکثراً معقم میباشد . لاکن انتانات ازمرکز سنگهای صفراوي دریافت شده و مرکز radiolucent اکثر سنگها صفراوي نیز ممکن نمایندگی از مخاطی نماید که اطراف باکتریها را احاطه نموده است.

۳ - فکتور های خلطي - (سنگهای صباغی) - مریضانی که مصاب هیمولیز میباشند . مانند malaria, sickle-cell anaemia, hereditary spherocytosis, thalassaemia ، و تخریب میخانیکی کریوات سرخ خون توسط دسامات مصنوعی قلب، نزد شان مقدار بیلوروبین خون بلندرفته در نتیجه تراکم آن بداخل حویصل صفراء باعث تشکل سنگهای صباغي میگردد. بخاطرباشد که سنگهاي صباغي درمریضان سیروز معمول بوده ودر ممالك شرقی همراه با منتن شدن طرق صفراوي توسط Clonorchis sinensis و -Ascaris lumbricoides مي باشد. Escherichia coli اکثراً در صفراء این مریضان دریافت شده که این باکتري باعث تولید انزایم β glucuronidase که بیلوروبین رابه unconjugated بیلوروبین تبدیل میکند میگردد . این سنگها در سر تا سر طرق صفراوي

حتی داخل کبدی موجود میباشد .

٤ - رکودت صفراء - استروژن ، حاملگی و واگوتومی جذعي باعث تنقیص تقلصیت حویصل صفراء شده وزمینه را براي تشکل سنگ صفراوي مساعد میسازد . همچنان مریضانیکه برای مدت طولاني از طریق parenteral تغذي مي شوند نسبت عدم افراز cholicystokinin که از حذاي مخاط اثناعشر افراز و باعث تقلص حویصل صفراء میگردد برای تشکل سنگ مساعد میباشند.

اناتومو پتولوژی

ازنظر اناتومو پتولوژي تغیرات جدار حویصل صفراء و انواع سنگ مطالعه میگردد که جدار حویصل صفراء فیبروتیك شده و شکل لیفی را اختیارمیکند ویا اینکه جدار حویصل صفراء ضمور نموده و بالای سنگ جمع میگردد و در بعضي موارد حویصل صفراء منظره نارمل خویش را کاملاً حفظ مینماید.

سنگهای حویصل صفراء سه نوع بوده که عبارتند ازسنگهاي کولیسترول- صباغي (pigment) و Mixed.

١ - سنگهای کولیسترول (تقریباً ٢٠ ٪) - این سنگها گاهی واحد و بیضوي شکل بوده گاهي دو عدد سنك که انطباع یکي بالاي دیگر قرار میگیرد ویا سنگهای متعدد توتي شکل همراه با Strawberry gall bladder میباشد.

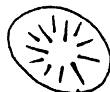
در مقطع این سنگها ، کرستل های شعاعي که از مرکز سنگ بطرف سطح آن متوجه میباشد نشان داده سطح سنگ زرد با تماس چرب است . سنگها ي کولیسترول ٢ - ٤ ملي متر جسامت داشته در رادیو گرافی خیال نداده و زیادتر در کشور های غربی مشاهده می شود

٢ - سنگهای صباغی یا Bile pigment (تقریباً ٥٪) سنگهای اند کوچك متعدد ، سیاه رنگ ، غیر منظم ، ریگی و شکنند که زیاد تر در کشور هاي شرقی مشاهده میشود .

CHOLESTEROL



"Solitaire"
or clusters of "mulberries"



Cut surface -
Radiating crystals

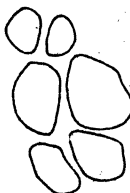
PIGMENT



Multiple, small,
black and brittle

Cut surface -
Amorphous

MIXED



Faceted
May be in "generations"



Cut surface -
Concentric rings

سنگهاي mixed

سطح دار

مقطع: حلقه هاي متحدا لمركز

سنگهاي كوليسترول

منفرد يا به شكل دانه هاي توت

مقطع : كرستل هاي شعاعي

سنگ هاي صباغي

مقطع: بي شكل

متعدد ، كوچك ، سياه و شكنند

شكل ٦٢ - انواع سنگ هاي كيسه صفراء

٣ - سنگهای mixed (تقريباً ٧٥ ٪) درتركيب اين سنگها كوليسترول ، صباغات صفراوي و كلسيم شامل بوده واشكال هندسي مختلف الشكل را داشته و اكثريت سنگهاي صفراوي را تشكيل ميدهد. اين سنگها متعدد و چند سطحي بوده وسطح هر سنگ به سطح سنگ ديگر تكيه ميكند و ميتوان آنها را به دو يا چند گروپ تقسيم نمود كه سنگ هاي هر گروپ به يك اندازه بوده مثل اينكه يك نسل را تشكيل و دريك زمان بوجود آمده باشند. جسامت اين سنگها ازدو سانتي متر تزايد كسب نكرده و مقطع آنها منظره مخطط دايروي را از خود نشان ميدهد.

سیر واختلاطات سنگ های صفراوی

سنگهاي صفراوي اکثراً در کسیه صفراء موجود بوده لاکن ممکن در طرق صفراوي نیز دریافت شود و سیر و اختلاطات سنگهاي صفراوي را میتوان قرار ذیل خلاصه کرد.

۱ - در حویصل صفراء :

سنگهاي صفراوي خاموش
کولی سیستیت مزمن
کولي سیستیت حاد
- گانگرین
- تثقب
- تقیح (empyema)

۲ - در طرق صفراوي:

موکوسیل (mucocele)
کارسینوما
یرقان احتباسي
کولانژیت
پانکریاتیت حاد

۳ - در امعاء : انسداد حاد امعاء (gall stone ileus).

سنگهاي صفراوي خاموش - ممکن سنگ حویصل صفراء براي یك مدت طولانی بدون اعراض باشد و چون ۱۰ ٪ سنگهای صفراوي رادیو اوپك اند بناءً این سنگها ممکن بصورت تصادفی در اثنای رادیوگرافي بمنظور تشخیص امراض دیگر کشف شوند . سنگهاي خاموش ایجاب عملیات را نکرده و در صورت بروز اعراض باید تداوی شوند

Acute calculous cholicystitis

در كولي سيستيت حاد حويصل صفراء كه قبلاً مصاب التهاب مزمن ميباشد معروض به التهاب حاد ميگردد كه در ۹۵ ٪ وقايع سنگ در حذاي Hartmann,s pouch بند مانده ويا باعث انسداد قنات سيستيك ميگردد در كلچر صفراء ويا جدار حويصل اكثراً باكتريها دريافت شــده و اورگانيــزم هاي معــمول عــبارت اند از Klebsiella, E.coli, Streptococcus faecalis ميباشد. anaerobes مانند Bacteroides كمتر معمول بوده و اورگانيزم هاي توليد كننده گاز مانند clostridia ممكن بصورت نادر حويصل صفراء را مصاب سازد كه در اينصورت گاز در حويصل مشاهده ميشود . همچنان باسيل محرقه ميتواند باعث التهاب حاد حويصل و تثقب آن شود.

حمله كولي سيستيت حاد ميتواند باعث حوادث ذيل شود.

۱ - زمانيكه حويصل صفراء توسع نموده غشاى مخاطى حويصل از سنگ جدا شده و در نتيجه آن سنگ دوباره بداخل حويصل صفراء مي افتد و مخاط (در صورت موكوسيل) ويا محتوي مخاطي قيحي حويصل از طريق قنات سيستيك تخليه ميگردد.

۲ - در يك تعداد كمتر وقايع سنك در جايش باقي مانده و باعث تقيح (pyocele) حويصل صفراء ميگردد.

۳ - در يك تعداد وقايع نادر حويصل صفراء التهابى متوسع تثقب مينمايد كه بدون شك نادر بودن اين اختلاط از باعث ضخيم بودن جدار حويصل صفراء از باعث كولى سيستيت مزمن براي يك مدت طولاني ميباشد.

تثقب حويصل صفراء - تثقب درحذاي غورحويصل صفراء كه داراي ارواء كمترميباشد و دريك تعداد كم وقايع درحذاي عنق آن ازاثر فشارسنگ كه باعث نكروزميگردد قرارداشته وباعث حوادث ذيل ميگردد.

۱ - **ابسي موضعى** - دراينصورت نسبت موجوديت حملات قبلي كولي سيستيت

التصاقات بین حویصل صفراء ، ثرب کبیر و پریتوان جداري موجود بوده و در نتیجه این التصاقات ، تثقب حویصل صفراء منتن باعث تشکل ابسي موضعي میگردد.

۲ - تثقب در بین جوف کبیر پریتوان - این اختلاط در ۵ . ۰ ٪ مریضان کولي سیستیت حاد که تحت تداوی محافظه کارانه قرار دارند مشاهده شده و مریضان اکثراً ذکور بوده و در صورتیکه صفراء منتن باشد بزودي باعث پریتونیت منتـــشر شده و ۵۰٪ وفیات دارد. (مولف Ellis).

تظاهرات سریري کولي سیستیت حاد

شروع مرض آني بوده و درد اکثراً در hypochondre راست توضع دارد . دلبدي و استفراغات شدید از تظاهرات صفحهء مقدم مرض بوده و تب اکثراً ۳۸ درجه سانتي گرید یا بیش تر ازان بوده neutrophilia موجود میباشد .

در معاینه حساسیت و تقلصیت هیپوکاندر راست موجود بوده و در صورتیکه مریض وادار به استرخای بطني شود ممکن یك کتله که توسط حویصل صفرای التهابی ثرب کبیر التصاقي تشکیل شده جس شود.

Boas's sign - این علامه در صورتیکه (+) باشد در تشخیص تفریقي کولي سیستیت حاد از امراض دیگر کمك زیاد کرده در این علامه یك ناحیه فرط حساسیت (hyperaesthesia) بین اضلاع ۹ - ۱۱ طرف راست در خلف موجود میباشد .

تشخیص - رادیو گرافي ساده بطن و صدر در تشخیص تفریقی کولي سیستیت حاد از امراض دیگر کمك کرده و در یکتعداد وقایع ممکن سنگهاي رادیو اوپك مشاهده شود کولي سیستیتو گرافی فمي در اثناي حمله حاد مرض غیر قابل اعتماد بوده و باید الی شفایابي مریض به تعویق انداخته شود. و در صورتیکه عملیات مریض بصورت مقدم مد نظر باشد ممکن التراسونو گرافي ویا HIDA scan در تائید تشخیص کمك نماید .

تشخیص تفریقی - کولی سیستیت حاد باید از امراض که لوحه مشابه را تولید مینماید

مانند اپاندیسیت ، تثقب قرحه پیپتیك ، پانكریاتیت حاد و گاهي پیلونفریت حاد طرف راست ، احتشاء میوكاردو pneumonia فص سفلی راست تشخیص تفریقي گردد.

تداوی

۱ - تداوي محافظه كارانه با كولی سیستیكتومی بعدی . تجربه نشان داده كه اعراض كولي سیستیك حاد در بیشتر از ۹۰٪ وقایع با تداوي محافظه كارانه خاموش میگردد كه اساس این تداوي محافظه كارانه را چهار اصول ذیل تشكیل میدهد:

الف - اسپریشن معدي معائی از طریق سند انفي معدي و تطبیق مایعات از طریق وریدي.

ب - ادویه ضد درد (Analgesics).

ج - انتي بیوتیك ها - چون در اكثر وقایع قنات سیستیك توسط سنگ مسدود می باشد بناءً غلظت انتی بیوتیك درسیروم نظربه صفراء ارزش زیاد دارد.انتی‌بیوتیك وسیع‌التأثیرموثر بالای ایروب هاي گرام منفی مانند cefuoxim یا Cephazolin یا gentamycin از جمله ادویه مناسب میباشد . پینسیلین هاي جدید مانند mezlocillin, mecillinam و ticarcillin نیز ممكن استعمال شود.

٤ - اهتمامات بعدی - زمانیكه درجه حرارت ، نبض و سایر علایم فزیكي نشان دهد كه التهاب خاموش شده (اكثراً الي روز سوم) سند انفي معدوي كشیده شده و غذا مایع بدون شحم از طریق فمی توصیه میشود . جهت تائید تشخیص التراسونو گرافی هر زمان اجراء شده مي تواند . و قرار نظر یك تعداد مولفین كولي سیستكتومي ۲ - ۳ روز بعد از خاموش شدن حمله حاد مرض اجراء میگردد.

تداوي محافظه كارانه - در صورتیكه تشخیص مشكوك باشد و اپاندیسیت ریتروسیكل با موقعیت علوي و یا تثقب قرحه اثناعشر رد شده نتواند توصیه نمی شود .

تداوی محافظه كارانه در صورت انتشار درد و حساسیت به تمام بطن و از دیاد سرعت نبض اجراء نه شود در ین موارد كولی سیستیكتومی عاجل استطباب داشته و در مریضان با

وضع عمومی بسیار خراب و مسن به کمك رادیولوجست کولی سستوستومی از طریق جلدی (percutaneous cholecystostomy) که یك عملیه مصون و قابل اعتماد میباشد توصیه میگردد و در مرحله بعدی نزد مریض عملیات جذری اجراء شود .

۲ - عملیات جراحی بصورت مقدم . بعضی جراحان عملیات مقدم را در وقایع کولی سیستایتس حاد توضیه کرده و ادعای دارند که نتایج عملیات در صورت اجرای عملیات در ٤۸ ساعت اول حمله مرض، مجرب بودن جراح و موجودیت امکانات بهتر برای عملیات خوب می باشد .

Chronic Calculous cholecystitis

حویصل صفرای دارای سنگ ممکن جدار ضخیم فبیروتیك داشته باشد و باکتری در کمتر از ۳۰ ٪ وقایع در صفراء و کمی بیش تر از ان در جدار حویصل دریافت شده که عدم دریافت اورگانیزم در تمام وقایع دلالت به تغیرات التهابی در نتیجه مخرشات کیمیائی صفراوی در بعضی وقایع مینماید . حویصل صفرای التهابی مزمن ممکن بصورت تصادفی در اثنای لپراتومی و یا اتوپسی بدون موجودیت اعراض قبلی دریافت شود و یا اینکه باعث اعراض باشدت مختلف میگردد . و این اعراض در اثر التهاب جدار حویصل صفرا و یا بندش عنق حویصل توسط سنگ که در حذای Hartmann's pouch قرار می گیرد بوجود میاید .

اعراض

۱ - درد هیپوکاندر راست . مریضان مصاب کولی سیستیت مزمن ممکن از حملات درد هیپوکاندر راست که دارای شدت مختلف میباشد حکایه نماید . این درد در یکتعداد مریضان صرف به شکل یك ناراحتی بوده اما بر یکتعداد درد مذکور شدید میباشد که بنام -gall stone colic یاد می شود لاکن درد نادراً وصف کولیکی دارد درد اکثرا در بین هر دو شانه انتشار داشته و مترافق با دلبدی و استفراغ میباشد و غذای چرب اکثراً باعث تشدید درد میگردد. درد چند ساعت دوام کرده لاکن در صورتیکه حمله درد بیش تر از ۱۲ ساعت دوام نماید تشخیص کولی سیستیت حاد باید مد نظر باشد در اثنای حمله مرض حساسیت

هیپوکاندر راست موجود بوده وMurphy's sign ممکن (+) باشد درین علامه هرگاه دست خویش را روی جدار بطن درناحیه حویصل صفراء (محل تقاطع کنار و حشی عضله rectus راست و ضلع اخیر) بگذاریم و از مریض خواهش شود تا شهیق عمیق اجرا نماید مریض نسبت تولید درد قبل از ختم شهیق تنفس خویش را قید می نماید . در صورت ترفع درجه حرارت و ازدیاد کریوات سفید خون تشخیص کولی سیتیت حاد در نظر باشد .

۲ - Flatulent dyspepsia- در اینصورت مریض به تعقیب گرفتن غذای احساس پری کرده که مترافق با اروغ زدن و جگرسوزی میباشد . این اعراض در اثر گرفتن مقدار زیاد غذا و یا مواد غذائی شحمی بوجود آمده در صورتیکه مریض مصاب hiatus hernia پانکریاتیت مزمن و قرحه پیپتیك نباشد با کولی سیستیکتومی از بین میرود .

تشخیص

التراسونوگرافی اکثراً یگانه معاینه برای تشخیص سنگ خویصل صفرا بوده کولی سیستوگرافی فمی نیز در اکثر وقایع سنگ را نشان داده و در همه وقایع سنگ صفراوی باید طرق صفراوی جهت تشخیص سنگ قنات صفراوی توسط رادیوگرافی مشاهده شود .

که برای این منظور اکثراً از peroperative cholangiogram استفاده شده و لااقل ۱۰ ٪ مریضان که نزد شان کولی سیستسکتومی بصورت روتین اجرا میگردد مصاب سنگ قنات صفراوی اند .

تداوی

۱ - برای رفع درد انا لجیزیك تطبیق شود و در صورتیکه درد شدید باشد از مشتقات مورفین استفاده شود و چون این دوا باعث اسپزم معصره oddi میگردد بناً باید با آن همزمان hyoscine butylbromide نیز تطبیق شود . ادویه ضداستفراغ نیز ممکن ضرورت شود و مریض الی کولی سیسیتکتومی غذای حاوی مقدار کم شحم بگیرد .

۲ - تداوي بعدی . بعد از وضع تشخیص در صورتیکه وضع مریض خوب باشد باید حویصل صفراء توسط عملیه جراحی کشیده شود . کولی سیستوستومی نادراً استطباب دارد

تسکین درد به مریض مورفین داده شود مایعات از طریق ورید شروع و جهت مجادله با انتانات داخل پریتوانی انتی بیوتیك توصیه شود.

عملیات جراحی بهترین تداوی تثقبات قرحات پیپتك بوده که در صورت امکان باید هرچه زود تر اجراء گردد.

بطن این مریضان تحت انستیزی عمومی با یك شق خط متوسط باز شده متثقب دریافت و توسط ۲ - ۳ خیاطه Catgut ترمیم و بالای آن قسمتی از ثرب قرار داده می شود . (Simple closure) . و بعد از اسپریشن انصاب داخل پریتوانی و لواژ بطن در صورت مراجعه مریض بصورت موخر (بعد از ۱۲ ساعت) و موجودیت قیح بداخل پریتوان ، بطن اکثراً دو باره با درنیاژ بسته میگردد

در صورت مراجعه مریضان بصورت مقدم وخوب بودن وضع عمومی مریض و موجودیت تاریخچه چندین ساله dyspepsia نزد این مریضان گاستریکتومی قسمی ویا واگوتومی با درنیاژ جهت جلو گیری از تکالیف بعدی توصیه می شود که عملیات اولی در قرحات معدوی (نسبت خطر خباثت) نظربه قرحات اثناعشری زیاد تر توصیه میشود. همچنان این عملیات در قرحات مثقوبه اثناعشر که مترافق با نزف و یا تضیق باشد نیز توصیه شده میتواند.

در صورتیکه مریض نسبت خرابی وضع عمومی هیچ نوع عملیات فوق را تحمل کرده نتواند بالخصوص که تشخیص بسیار موخر باشد در اینصورت باید تداوی محافظه کارانه صورت گیرد. «میتود Taylor» که این تداوی عبارت از اسپریشن محتوی معده توسط سند انفی معدی ، تطبیق مایعات از طریق ورید ، قطع مواد غذایی از طریق فمی وتطبیق انتی بیوتیك ها میباشد.

انذار مرض

وفیات تثقب قرحه پیپتیك ۵ ـ ۱۰ ٪ بوده و وفیات زیاد تر در مریضانی مشاهده میشود که تشخیص درست نبوده و تداوی بصورت موخر صورت گرفته ویا اینکه نسبت مریضی زیاد برای عملیات مساعد نباشد. و مریضانی که فوت مینمایند یا سن بالا تر از ۷۰ سال دارند ویا اینکه بصورت موخر بعد از ۱۲ ساعت و بیشتر از ان جهت عملیات به شفاخانه

وصل میگردد.

۲ - شریان معدوی راست - از شریان کبدی منشه گرفته وبه امتداد انحنی صغیر معده از راست به چپ سیر دارد.

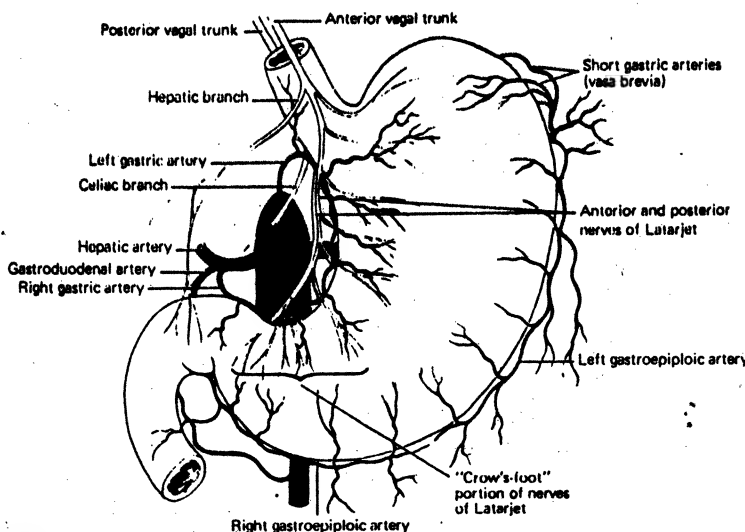
۳ - شریان gastro - epiploic راست - که یك شعبه شـریان معدی اثنـاعشری بوده و شریان اخیر الـذکر بعداز منشه از شـریان کبدی از خلف قطعه اول اثنـاعشر عبور و دو شعـبه بنام شریان Pancreaticoduodenal و gastroepiploic راست میدهد.

٤ - شریان gastroepiploic چپ - که شعبه بزرگ شریان طحالی میباشد.

٥ - شرائین معدوی کوچك (Vasa brevia) این شرائین ٥ - ۷ عدد بوده و بعد از منشه از شریان طحالی قسمت غور معده را ارواء می نماید.

اورده ء معده

اورده معدوی راست و چپ که با شرائین یکجا سیر دارد به ورید باب میریزد. ورید - gastroepiploic چپ و Vasa brevia به ورید طحالی و ورید - gastroepiploic راست به ورید مساریقی علوی ختم می شود.



شکل - «۲» شرائین و اعصاب معده

اوعیه لنفاوی

اوعیه لنفاوی معده از طبقه تحت المخاطی و تحت الپریتوانی منشه گرفته و مسیر اوعیه معدوی را تعقیب می نماید باید گفت که دانستن اوعیه لنفاوی معده و ارتباطات عقدات شان در ارزیابی انتشار تومور های معدوی ارزش دارد.

۳ – تجزیه سنگهای صفراوی . اسـید های صـفراوی ، chenodeoxycholic و ursodeoxycholic acid که از طریق فمی توصیه می شود ممکن باعث تجزیه سنگ شود این تداوی الی خیال ندادن سنگها در کلیشه رادیوگرافی و اعاده و ظایف حویصل ادامه داده شود ولی تداوی در نصف مریضان باعث اسهال شده و باید برای مدت لااقل ٦ ماه ادامه شود با این تداوی تمام سنگها از بین نرفته و بعداز توقف تداوی دوباره عود می نماید و باید صرف همراه با بعضی تداوی های دیگر مانند لیتوتریپسی (lithotripsy) اجراء شود .

تقیح حویصل صفراء (Empyema of the gall bladder) – در این صورت حویصل صفراء باقیح مملو شده لاکن با وجود ان در اضافه تر از نصف و قایع باکتری در کلچر قیح مذکور نمی روید . تقیح حویصل صفراء در نتیجه اختلاط کولی سیستیت حاد و یا منتن شدن موکوسیل بوحود آمده که درد شدید شده و حساسیت و تقلصیت هیپوکاندر راست بیش تر میگردد درجه حرارت بلند رفته و لوکوسیت ها به ۱۸۰۰۰ میرسد . بعضاًحویصل صفراء توسط احشای مجاور مانند ثرب کبیر و معده احاطه شده و پلاسترون حویصل صفراء را بوجود میاورد که با تداوی توسط انتی بیوتیك ها و تطبیقات سرد میتواند از سفلی بطرف علوی رشف گردد . باید گفت که تداوی تقیح حویصل صفراء کولی سیستیکتومی میباشد .

موکوسیل‌حویصل‌صفراء (Mucocele of the gall bladder) – زمانی بوجود میاید که عنق حویصل صفراء و یا قنات سیستیك توسط سنگ مسدود و صفرای حویصل معقم باشد که دراینصورت صفراجذب شده وحویصل صفراوی توسط مخاط که ازاپیتلیوم حویصل صفراء افراز میگردد مملو میگردد . حویصل صفراء به اشکال و جسامت های مختلف ممکن در تحت اضلاع قابل جس باشد که با فعل تنفس متحرك بوده و میتواند به انتان و انشقاق معروض شود . بخاطر باشد که موکوسیل حویصل صفراء در امراض خبیثه که باعث بندش قنات سیستیك شود نیز بوجود آمده می تواند .

Acalculus cholecystitis

التهاب حاد و مزمن حویصل صفراء بدون موجودیت سنگ صفراوی نیز بوجود آمده و

باعث تولید اعراض مشابه کولی سیستیت سنگدار میگردد .بعضی از این مریضان یك التهاب غیر وصفی جدار حویصل داشته در حالیکه دیگران یك حالت cholecystoses دارند . و مریضانیکه اعراض مزمن دارند جهت تشخیص کولی سیستوگرافی فمی نظربه التراسوند مفید بوده و در صورت موجودیت اعراض حاد radioisotope scaning معاینه با ارزش میباشد همچنان تشخیص کرستل های کولیسترول در عصاره اثناعشری نیز در تشخیص کمك می نماید . کولی سیستیت حاد بدون سنگ با الخصوص در مریضان شفایاب از جراحی کبیره ، مصاب ترضیض و سوختگی مشاهده شده که اکثراً تشخیص صورت نگرفته و ۲۰ ٪ و فیات دارد .

کولی سیستوزس (Cholesterosis ، Polyposis ،Adenomyomatosis، cholecystitis glandularis proliferans) یك گروپ امراضی اند که بعضاً حویصل صفراء را مصاب میسازد . که در این حالت تغیرات التهابی مزمن با هایپرپلازی تمام عناصر نسجی مشاهده می شود .

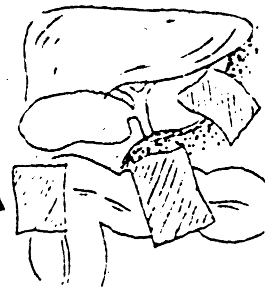
Cholesterosis (syn. strawberry gallbladder) - در این حالت جدار داخلی حویصل صفراء شبه توت فرنگی (strawberry) مشاهده شده که نشانه رسوب و تجمع کریستل و ایستر کولیسترول در طبقه تحت مخاط میباشد و ممکن مترافق با سنگ های کولیسترول باشد .

کولی سیستکتومی و کولی سیستوستومی
Cholecystectomy and Cholecystostomy

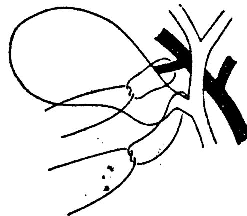
۱ -**اهتمامات قبل از عملیات** - استعمال انتی بیوتیك ها به شکل و قایوی که اکثراً از فامیل cephalosporin استفاده می شود باعث تنفیص انتان جرحوی شده که این ادویه با premedication باید یکجا تطبیق شود . برای اجرای -peroperative cholangio graphy میز عملیات مناسب موجود باشد . اجرای کولانژیوگرافی به صورت روتین نظر به انتخابی ترجیح داده می شود .

۲ - لپراتومی - شق paramedian راست و یا مستعرض راست اجراء و تمام احشای داخل بطنی و همچنان حویصل صفراء معاینه میگردد .

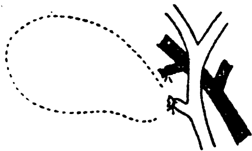
Cholecystectomy- ناحیه عملیات توسط کامپرس های بطنی جداساخته شده و در صورتیکه حویصل صفراء زیاد متوسع باشد توسط trocar که با ماشین سکشن ارتباط دارد از حذای fundus تخلیه شده عنق حویصل صفرا ذریعه sponge - holding forceps گرفته می شود بعداً تسلیخ دقیق جهت دریافت محل اتصال قنات سیستیک ،قنات کبدی اساسی و قنات صفراوی اساسی اجراء شده و در اثنای این تسلیخ شریان سیستیک دریافت و ارتباط ان با شریان کبدی مشترك ارزیابی میگردد شریان مذکور بین دولیگاتور لااقل ٥ ملی متر دور تر از قنات کبدی قطع شده (شکل ٦٤) در این مرحله جهت ارزیابی طرق صفراوی و دریافت سنگ داخل قنات صفراوی اساسی کولانژیوگرافی اجرا شده که مواد کثیفه باید بدون تاخیر داخل اثناعشر گـردد قنات سیستیك زمانی قطع شود که از نظر اناتومیك و رادیولوژیك نارمل و قابل اطمینان باشد و بدین ترتیب قنات سیستیك بسته شده و بعد از تطبیق forceps بطرف حویصل صفراء قنات قطع میگردد و حویصل صفرا از علوی و سفلی از بسترآن با دور نمودن پریتوان از سطع ان تسلیخ شده و هیموستاز تامین میگردد . جدار بطن دوباره بسته شده دریناژ بطن حتمی نبوده ودر صورتیکه بکار رود باید درن ۳ ملی متر closed suction drain باشد .



شکل « ٦٣ »
کولی سیستکتومی و قرار دادن کامپرس روی کولون اثناعشر و معده بعد از تشخیص آنها



شکل « ٦٤ »
عبور لیگاتور و بسته نمودن ان بدور شـریان و قنات سیستیك



شکل « ٦٥ »
حویصـــل صفراء برداشته شده است.

Cholecystostomy - دوعدد خیاطه تثبیته بدو طرف غور حویصل صفرا تطبیق شده و محتوی حویصل اسپری میگردد غور حویصل صفراء باز و سنگ داخل حویصل توسط Dejardins forceps ' و milking سنـــــــگ بـکمك انگشـــــت از حذای Hartmann's pouch کشیده می شود . سنگهای کوچك اکثراً با داخل نمودن یك پارچه گاز خشك بداخل حویصل بیجا شده یك عدد کتیتر فولی بزرگ بداخل حویصل گذاشته شده و بالون کتیتر از مایع پر میگردد و فوهه حویصل به اطراف کتیتر بسته می شود کتیتر مذکور از میان یك پارچه ثرب کبیر که بالای حویصل تثبیت شده عبورو توسط یك شق کوچك جداگانه بجدار بطن بیرون کشیده می شود . بعداً جدار بطن بسته و کتیتر به یك خریطه معقم ارتباط داده می شود ۷ - ۱۰روز بعد از عملیات مواد کثیفه از طریق کتیتر زرق و جریان مواد کثیفه در قنات صفراوی اساسی و اثناعشر در کلیشه رادیوگرافی مشاهده می شود و در صورتیکه انسداد طرق صفراوی موجود نه باشد کتیتر کشیده شده و فیستول صفراوی در ظرف یك هفته بسته میگردد .

استطبابات Choledochotomy در وقایع Cholecystectomy

در مناطق که وسایل مدرن تشخیصه و peroperative cholangiography وجود ندارد بهتر است استطبابات choledochotomy را بخاطر داشته باشیم که اینها عبارتند از :

۱ - جس سنگ درقنات صفراوی .

۲ - موجویت یرقان یا تاریخچه یرقان و یا لرزه.

۳ - قنات صفراوی اساسی متوسع (با قطر ۱۰ ملی متر و یا بیش تر از ان) و قنات سیستیك متوسع .

٤ - غیر نارمل بودن تست های وظیفوی کبد ، باالخصوص بلند بودن الکلین فاسفتاز .

اعراض بعد از کولی سیستیکتومی

در ۱۵٪ مریضان، کولی سیستیکتومی باعث از بین رفتن اعراض که به منظوران عملیات

اجراء میـــگردد نشده و گفته می شـــود که این مریـــضان مصاب ســــــندورم post cholecystectomy میباشند که این تشخیص باید با احتیاط زیاد گذاشته شود زیرا اعراض مذکور نظر به طرق صفراوی اکثراً مربوط احشای دیگر از قبیل hiatus hernia ، قرحه اثناعشری ، پانکریاتیت ، دیورتیکولیت و یا irritable bowel syndrome بوده و در صورتیکه امراض فوق رد گردد به یکی از آفات ذیل طرق صفراوی فکر شود :

۱ - سنگ طرق صفراوی اساسی که در اثنای عملیات اول از نظر مانده است .

۲ - باقی ماندن stump طویل قنات سیستیک ، که این حادثه در صورت اتصال قنات سیستیك با قنات صفراوی اساسی سفلی تر نظر به حالت نارمل اتفاق می افتد .

۳ - ماوف شدن قنات صفراوی اساسی در اثنای عملیات که باعث تضیق این قنات می گردد .

تداوی

کولا نژیوگرافی داخل وریدی و ERCP در تشخیص سبب مرض ارزش داشته و نظر به عامل سببی تداوی مناسب صورت میگیرد .

سنگهای قنوات صفراوی

سنگ بر علاوه حویصل صفراء میتواند در طرق صفراوی داخل و خارج کبدی نیز موجود باشد این سنگها اکثراً از حویصل صفراءمنشه گرفته و از طریق قنات سیستیك به سفلی مهاجرت می نماید و در بعضی موارد بداخل قنوات تشکل کرده که بنام سنگ ابتدائی قنات (primary duct stones) یاد می شود چنین سنگها اکثراً در مناطق حاره بعد از منتن شدن طرق صفراوی توسط Ascaris lumbricoides و Clonorchis sinensis بصورت ثانوی مشاهده شده و همچنان در انسداد طرق صفراوی برای یك مدت طولانی نیز بوجود میاید .

سنگهای قنات صفراوی باعث انسداد جریان صفراء و یا کولانژیت انتانی شده واین سنگها به مقایسه سنگ حویصل صفراءاکثراً مترافق با صفرا ی منتن (در ۸۰ ٪ وقایع)

میباشد .

اعراض

ممکن مریض بدون اعراض باشد لاکن اکثراً یك یا بیش تر اعراض که عبارت از درد ، یرقان و تب میباشد وجود دارد . درد مشابه درد کولی سستیت بوده یرقان ممکن متقطع و یا دوامدار باشد چون یرقان از نوع انسدادی است بناً رنگ ادرار تاریك و مواد غایطه خاسف و بی رنگ بوده و جلد خارش دارد .تب و لرزه دلالت به کولانژیت حاد کرده و لرزه در کولی سیستیت حاد معمول نمی باشد .

Charcot's triad - درد ، یرقان و تب سه پایه Charcot بوده که دلالت به کولانژیت حاد می نماید .

علایم

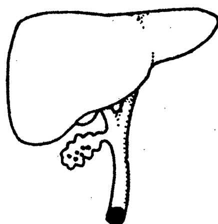
حساسیت ممکن در ناحیه اپی گاستریك و هیپوکاندر راست موجود باشد قانوناً نزد این مریضان حویصل صفراء قابل جس نبوده و نزد مریضان یرقانی بخاطر آوردن قانون -Cour voisier's مفید بوده و این قانون چنین حکم مینماید که هر گاه نزد مریض یرقان از باعث بندش قنات کولیدوك توسط سنگ باشد حویصل صفراء متوسع و قابل جس نبوده در حالیکه هر گاه سبب یرقان کانسرراس پانکراس و یا امپول و اتر باشد حویصل صفراء متوسع و قابل جس می باشد . زیرا حویصل صفراء در صورت اول از باعث فیبروز جدارآن در اثر حادثه انتانی قابلیت توسع را از دست داده و فکتور دومی انسداد تام طرق صفراوی در امراض خبیثه بوده در حالیکه انسداد از باعث سنگ ممکن آنقدر تام نباشد که باعث توسع حویصل گردد.

این قانون دو استثناء دارد:

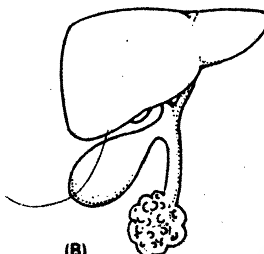
۱ - هر گاه یك سنگ در حذای رتج Hartmann و سنگ دیگر در قنات کولیدوك توضع نماید در اینصورت نسبت ایجاد موکوسیل ، حویصل قابل جس می باشد .

۲ - حویصل صفراء در اثر کانسر راس پانکراس متوسع بوده لاکن نسبت توضع آن در تحت فص راست کبد از نظر سریری غیر قابل جس نمی باشد.

The rule

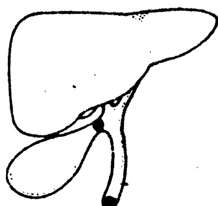


(A)

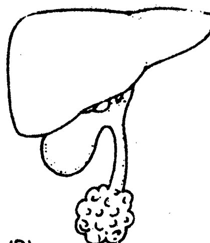


(B)

The exceptions to the rule



(C)



(D)

شکل «٦٦»

تشخیص

تست های وظیفوی کبد به تنهائی نمی تواند کولی ستاز داخل کبدی را از انسداد قنات صفراوی بزرگ بطور یقینی تشخیص تفریقی نماید . التراسوند ، PTC, ERCP از جمله معاینات مفید در تشخیص مرض میباشد .

تشخیص تفریقی

انسداد طرق صفراوی توسط سنگ یکی از زیاد ترین اسباب یرقان در پرکتس جراحی بوده (شکل ٦٧) که البته تشخیص تفریقی بین انسداد طرق صفراوی بزرگ و کولی ستاز داخل کبدی که در نتیجه انسداد قنیوات صفراوی و یا Cholangioles بین مجراهای باب بوجود میاید مهم میباشد . حالت اولی توسط سنگ و کانسر پانکراس بوجود امده و ایجاب عملیات

را می نماید در حالیکه کولی ستاز داخل کبدی از باعث هیپاتیت ویروسی، ادویه تولید کننده یرقان و سیروز ابتدائی صفراوی بوجود آمده و ایجاب تداوی جراحی را نمی نماید .

اختلاطات

۱ - انسداد طرق صفراوی برای مدت زیاد باعث ماوف شدن وظایف کبدی شده و در بعضی وقایع بطرف سیروز صفراوی ممکن پیشرفت نماید . صفرای سفید (white bile) در اثنای عملیات ممکن مشاهده شود .

۲ - کولانژیت متقیح - ممکن قنات صفراوی مملو از قیح گردد و در نتیجه ان ابسی کبدی و septicaemia بوجود آید .

صفرای سفید - این حالت به تعقیب انسداد طرق صفراوی بزرگ بوجود آمده و اساساً متشکل از مخاط است که توسط غدوات فرش کننده قنوات بوجود آید .

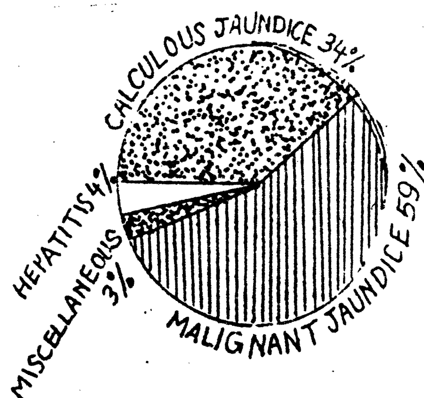
تداوی

عدم کفایه کبدی در صورتیکه موجود باشد تداوی شود . جهت اصلاح ذخیره گلای کوجن کبد، گلوکوز بمقدار زیاد توصیه شود . غیر نارمل بودن مدت تخثر خون اکثراً ناشی از عدم امتصاص ویتامین K بوده (برای امتصاص این و یتامین منحل درشحم نمکهای صفراوی ضرور بوده و در صورت موجودیت یرقان احتباسی از طریق جهاز هضمی ضایع میگردد و ویتامین K ، ۱۰ ملی گرام از طریق عضلی ویا وریدی توصیه میشود)کلچر خون اجراء و در صورت موجودیت شواهد کولانژیت (تب ، ازدیاد تعدادکریوات سفید خون)انتی بیوتیک وسیع التاثیر تطبیق شود . مریضان مصاب یرقان احتباسی مخصوصاً آنهائیکه نزد شان عملیات جراحی اجراء میگردد مساعد به عدم کفایه کلیوی بوده بناً از dehydration باید جلوگیری شود و برای این منظور جهت تأمین دیوریز ۳۰ ملی لیترفی ساعت مایعات از طریق وریدی (dextrose 5%) ۱۲ ساعت قبل از عملیات شروع شود و یا اینکه Mannitol از طریق وریدی توصیه شود .

Endoscopic papillotomy، کشیدن سنگ ازطریق جلدی (percutaneous

(removal of stones) و درناژصفراوی از طریق جلد طریقه های می باشد که در یکتعداد وقایع نزد این مریضان استطباب دارد .

Choledochotomy - در صورت که سنگ در قنات صفراوی اساسی موجود باشد سنگهای مذکور باید نظر به کولی سیستیکتومی مقدم تر کشید ه شود هر گاه مریض تحمل کولی سیستیکتومی و یا حتی کولی سیستوستومی را نیز داشته نباشد حویصل صفراء باید در مرحله بعدی کشیده شود و این عمل با الخصوص در کولانژیت متقیح صورت گیرد و شواهد جدید نشان میدهد که ممکن کولی سیستکتومی بعدی ضرورت نشود مریضانیکه سنگ شان توسط اندوسکوپی کشیده شده صرف ۱۰٪ شان در آینده پرابلم کیسه صفراء داشته اند.



شکل «۶۷» وقوعات یرقان در جراحی (در سرویس جراحی شفاخانه لندن از سال ۱۹۶٤ - ۷۳ در ۱۹۷ واقعه)

تضیقات قنات صفراوی اساسی

تضیقات قنات صفراوی اساسی می تواند سلیم (۸۰ ٪ بعد از عملیات و ۲۰ ٪ التهابی) و یا خبیث باشد .

تضیقات بعد از عملیات (postoperative)

مربوط به قنات صفراوی اساسی ویا قنات کبدی اساسی بوده و در یکتعداد کم وقایع

صرف قنات کبدی راست مصاب می گردد. و اینوع تضیقات در اثنای کولی سیستیکتومی در نتیجه یکتعداد اشتباهات تکنیکی قابل جلوگیری ذیل بوجودمی آید :

۱ - تطبیق شریان گیر بصورت کور کورانه در وقایع نزف شریان سیستیک یا شریان سیستیک اضافی و یا شریان کبدی راست ، که احتمال ماوف شدن قنات کبدی اساسی میرود (شکل ٦٨) برای جلوگیری از این اختلاط و خیم ، تمام نزف های غیر مترقبه این ناحیه باید ابتدا با داخل نمودن انگشت اشاره در فوهه Winslow و محکم گرفتن حافه آزاد Gastrohepatic omentum بین انگشت کلان و اشاره کنترول گردد و بدین ترتیب تحت فشار قرار دادن موقتی شریان کبدی باعث ظاهر شدن محل نزف و لیگاتورآن بصورت درست میگردد (Hogarth pringle's manoeuvre).

۲ -اجرای کولی سیستیکتومی با تسلیخ حویصل از حذای غورکیسه (Fundus-first operation) و کش نمودن زیاد حویصل صفرای آزاد شده سبب می شود تا قنات صفراوی اساسی نسبت کشش زیاد یك زاویه ساخته و بعوض قنات سیستیك توسط شریان گیر گرفته شود (شکل ٦٩) .

۳ - عدم وضاحت اناتومی در حذای مثلث Calot's از باعث التهاب زیاد ، که بدین ترتیب قنات کبدی اساسی بعوض قنات سیستیك بسته شده می تواند .

٤ - عدم معلومات در مورد انومالی اناتومیك طرق صفراوی .

٥ - انشقاق (Laceration) طرق صفراوی اساسی در اثنای استکشاف آن به منظور سنگ.

٦ - در ۳ ٪ وقایع تضیقات قنات صفراوی اساسی، قنات مذکور دراثنای گاستریکتومی قسمی به منظور قرحه نافذه اثناعشری ماوف میگردد.

جروحات طرق صفراوی تقریباً در ١٥ ٪ وقایع در اثنای عملیات تشخیص شده و ٨٥ فیصد باقیمانده توسط اختلاطات ذیل بعد از عملیات تشخیص میگردد:

۱ - آمدن افرازات صفراوی زیاد و دوامدار از طریق درن ، و در صورت عدم تطبیق درن بوجود آمدن پریتونیت صفراوی .

۲ - یرقان رویه ازدیاد ، و در صورت ناتام بودن بندش ، یرقان الی تشکل فیبروز که

مراجعه مینمایند.

انذار موخر و بعدی تثقب قرحه پیپتیك مربوط به این است که آیا قرحه مزمن است ویا خیر؟ در صورتیکه تاریخچه قبلی قرحه پیپتیك موجود باشد تقریباً ۵۰ ٪ این مریضان بعد از عملیات اعراض و شکایات داشته و جهت عملیات انتخابی دوباره مراجعه می نمایند. و هرگاه قرحه حاد و بدون تاریخچه قبلی باشد این رقم به ۲۰٪ نزول می نماید. باید بخاطر باشد که تثقبات دومی ویا نزف بعدی نادر نمی باشد.

تضیق پیلور

(Pyloric stenosis)

استعمال اصطلاح تضیق پیلور در صورت توضع قرحه در ناحیه اثناعشر غلط بوده زیرا در این حالت انسداد در قطعه اول اثناعشرقرار دارد.

تضیق پیلور از باعث فیبروز قرحه ناحیه پیلور بوجود آمده همچنان کارسینومای ناحیه پیلور وانتروم نیز میتواند باعث تضیق پیلور شود.

تضیق هایپر تروپیك پیلور در اطفال شیر خوار مشاهده شده و در کاهلان نادر می باشد. و بخاطر باشد که اسپزم حاد عضلات پیلور بعضاً در تشدید اعراض قرحه اثناعشری مشاهده شد که اکثراً با تداوی طبی رفع میگردد.

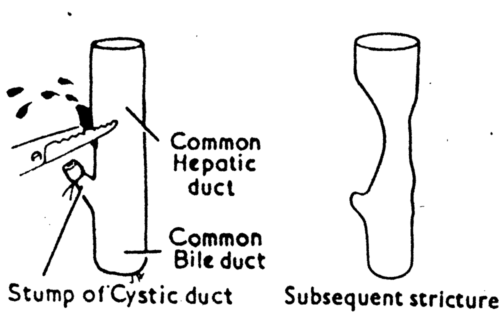
پتولوژی

تضیق پیلور که در اثر ندبه لیفی بوجود می آید در مرحله اول ذریعه توسع وضخامه عضلات معده ، معاوضه شده و بالاخره زمانی میرسد که این میخانیکیت معاوضوی به شکست مواجه شده و این حادثه شباهت زیاد به عدم کفایه بطین ضخاموی قلب از باعث تضیق دسامی دارد.

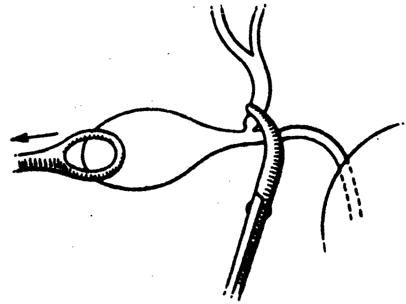
تظاهرات سریری

در مرحله معاوضوی در نزد مریض اعراض و علایم تضیق پیلور موجود نبوده و زمانیکه

لومن قنات را متضیق تر سازد به تاخیر می افتد .



شکل «۶۸»	طریقه دیگر ماوف شدن قنات کبدی مشترك که سبب تضیق میـــــگردد



شکل «۶۹»	یکی ازطریقه های ماوف شدن قنات

معاینات رادیولوژیك

۱ - التراسوند .

۲ - کولانژیوگرافی از طریق (T- tube) در صورت موجودیت آن .

۳ - ERCP .

٤ - Transhepatic cholangiography که به علت امکان انتان باید صرف در روز عملیات اجراء گردد.

تداوی

مریضانیکه وضـــــع عـــمومی خراب دارند نزد آنها با تطـــبیق کتیتر بـــداخل قنات intrahepatic از طریق جلدی، دریناژ صفراء بصورت موقتی بخارج صورت گرفته همچنان درااثنای ERCP میتوان جهت دریناژازطریق فمی کتیتر را از ناحیه متضیق عبور داد که بعد ازبهترشدن وضع عمومی مریض عملیه جراحی انتخابی اجراء میشود. تداوی بامیتود های فوق میتواندباعث کولانژیایتیس شود بناءً درتمام مریضان توصیه نمی شود. در وقایع تضیقات سلیم یا قطع قنات، بهترین تداوی عبارت از Roux en Y choledochojejunostomy عاجل توســـط یك جراح مجرب در تداوی تضـــیقات سلیم بعد از عملیات میباشد .

تداوی دیگر در وقایع تضیقات تازه و موجودیت endoscopist خوب عبور یك Wire رهنما از ناحیه متضیق و توسع آن توسط بالون یا تطبیق stent در ناحیه مذکور میباشد.

عملیات های جراحی:

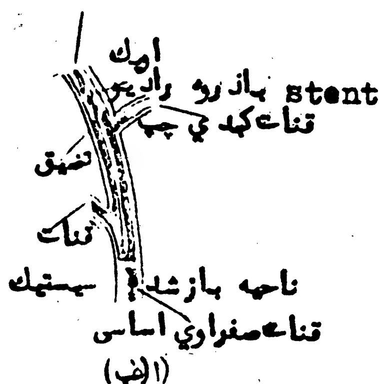
در یك تعداد کم وقایع تضیقات خبیثه (کارسینومای طرق صفراوی یا راس پانکراس) قابل ریزکشن میباشد . تضیقات سلیم و خبیث غیر قابل برداشت ایجاب عملیات bypass ویا stenting را مینماید و عملیات های مختلف موجود میباشد

۱ - Cholecystojejunostomy - این عملیات زمانی اجرا میگردد که حویصل صفراء موجود ، قنات سیستیك باز و تضیق سفلی تر از محل اتصال قنات سیستیك با قنات کبدی اساسی قرار داشته باشد . و جهت دریناژ صفراء یك عروه ژیژینوم با حویصل صفراء تفمم داده میشود. این عملیات در تضیقات سلیم نسبت خطر انتان هرگز اجراء نشود.

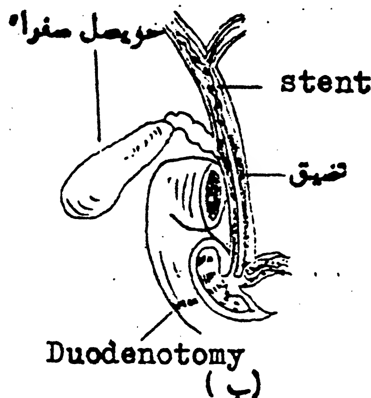
۲ - Choledochojejunostomy - درین عملیات نهایت علوی قنات صفراوی با جنب Roux en Y عروه ژیژینوم تفمم داده میشود و ممکن این تفمم در صورت لزوم با قنات صفراوی کبدی اساسی در حذای سویق کبدی صورت گیرد.

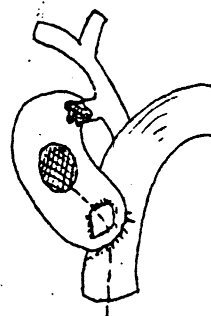
۳ - Choledocho duodenostomy - از جمله عملیات انتخابی در انسداد موضعی طرق صفراوی سفلی میباشد.

٤ - تطبیق stent - در صورتیکه عملیات bypass نا ممکن باشد یك stent توسط مداخله جراحی یا از طریق PTC ویا ERCP در ناحیه متضیق گذاشته میشود.



شکل ۷۰ «الف» تطبیق Stent در وقایع آفات علوی





شکل ۷۰ «ب» | تطبیق stent در واقعهء آفات سفلی | شکل ۷۱ | شکل فیسول سنگ صفراوی بداخل اثناعشر

SCLEROSING CHOLANGITIS

Sclerosing cholangitis عبارت از ضخیم شدن لیفی جدار های قنوات صفراوی میباشد که اکثراً مترافق با تضیقات متعدد است. ممکن قنوات داخل و خارج کبدی مصاب آفت شود . مرض بصورت ثانوی بعد از سنگ طرق صفراوی، آفات ولادی ویا ترضیضات عملیاتی طرق صفراوی به مشاهده رسیده و در یك تعداد کم وقایع فکتور های مساعد کننده ، فوق دریافت نشده و آفت بنام (Primary sclerosing cholangitis) یاد میشود .

sclerosing cholangitis در یك بر سه وقایع مترافق با کولیت قرحوی بوده و در کلیشه رادیو گرافی نسبت تضیقات متعدد که توسط قطعات با قطر نارمل ویا متوسع از هم جدا میگردد به شکل دانه تسبیح مشاهدهٔ میشود. انذار مرض مختلف بوده بعضی مریضان نسبت عدم کفایه کبد چند ماه بعد از تشخیص فوت کرده در حالیکه دیگران ممکن بصورت نسبی بدون اعراض برای سالهای زیاد زندگی نمایند.تداوی مناسب مرض تحت مناقشه بوده و در صورتیکه تضیق بزرگ طرق صفراوی خارج کبدی موجود باشد عملیه bypass ممکن مفید

ثابت شود و وقایع دیگر مرض با دریناژ طرق صفراوی اساسی توسط T -tube و گذاشتن stent در ناحیه متضیـــق بصورت موفقانه تداوی میگردد. اکثراً تداوی با یك دوز بلند steroids برای یك دوره کوتاه قبل از عملیات ویا ۱۰ روز بعداز عملیات در رفع تضیقات لیفی موثر میباشد.

کارسینومای حویصل صفراء

کارسینومای حویصل صفراء در کشور های غربی نادر بوده لاکن در بعضی مناطق جهان (کشور هند) بالخصوص در صورت عدم تداوی کولسیستیت مزمن وقوعات مرض بلند میباشد مرض درکمتر از۱٪ عملیات های حویصل صفراء دریافت شده و در اضافه تر از ۹۰٪ وقایع سنگ صفراوی موجود میباشد . مریضان اکثراً ۷۰ سال عمر داشته و نسبت اناث بر ذکور ۱:۵ است . تومور اکثراً از نوع scirrhous carcinoma بوده لاکن- Squamous cell و adenocarcinoma mixed squmous نیز دریافت میگردد. انتشار تومور بصورت مستقیم به کبد و سویق کبدی بوده که توسط لمف به عقدات لمفاوی سویق و توسط ورید به کبد صورت میگیرد. میتاستاز به فاصله تومور غیر معمول میباشد.

تظاهرات سریری

ممکن تومور کوچك در اثنای کولی سیستیکتومی دریافت شود و باید گفت که تمام حویصل صفراء بعد از کولی سیستیکتومی باز و غشای مخاطی آن تفتیش شود و از تمام آنها مقطع گرفته شود. در صورتیکه تومور باعث بندش قنات سیستیك گردد ممکن مریض با یك کولی سیستیت حاد و یا موکوسیل مراجعه نماید . در اضافه تر از نصف وقایع یرقان احتباسی و یك کتله قابل جس در هیپوکاندر راست موجود میباشد .

تداوی و انذار مرض

در صورتیکه مرض در اثنای کولی سیستیکتومی تشخیص شود باید یك قسمت کبد که در تحت ناحیه قراردارد نیز برداشته شود در غیر آن ممکن تداوی صرف باعث تسکین مرض

شود . یرقان با تطبیق stent از بین رفته (شکل۷۰ الف و ب) . ۲-۵٪ این مریضان برای مدت ۵ سال زنده باقیمانده لاکن در صورت که تومور منحصر به غشای مخاطی باشد این رقم به بلند تر از ۵۰ ٪ میرسد.

کارسینومای طرق صفراوی

BILE DUCT CARCINOMA - CHLANGIO CARCINOMA

کارسینومای طرق صفراوی نظربه حویصل صفراء زیاد تر معمول بوده و سنگ در کمتر از ۳۰٪ وقایع موجودمیباشد. مردهانظر به خانمها کمی زیادتر مصاب مرض شده واین تومور درمریضان مصاب کولیت قرحوی .PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS choledochal cyst , clonorchiasis و مرض Caroli's زیاد تر مشاهده میشود . تومور اکثراً ادینوکارسینومای نوع scirrhous یا papillary میباشد . این مریضان اکثراً مسن بوده و بصورت مؤخر مراجعه مینمایند .

تظاهرات سریری

اضافه تر از ۹۰٪ مریضان با یرقان انسدادی و یك تعداد کم آنها با درد صفراوی و کولانژیتیس مراجعه می نماید.

تـــــــداوی

جهت تشخیص هیستولوژیك در اثنای لپراتومی choledochoscope بسیار مفید بوده تقریباً نصف این آفات در حذای سویق توضع داشته و بصورت نادر قابل برداشت میباشد . intubation آفت توسط تیوب transhepatic که با رادیوتیراپی تعقیب میگردد باعث تسکین و طویل شدن حیات شده تومور های نهایت سفلی قنات صفراوی اساسی توسط عملیات Whipple's قابل برداشت میباشد که ۳۰ ٪ مریضان ممکن برای مدت ۵ سال زنده باقی مانند . چون اکثر این مریضان برای لپراتومی مساعد نمیباشد. بناءً تطبیق اندوسکوپیك stent ترجیح داده میشود . در صورتیکه تومور قنات کبدی راست و چپ را

اشغال کرده باشد طور متوسط برای ۱۸ هفته زنده می ماند.

فیستول های صفراوی

فیستول های صفراوی دو نوع میباشند . یکی داخلی و دیگر خارجی.

۱ - فیستول های صفراوی داخلی - در اینصورت سنگ صفراوی بعد از تقرح جدار حویصل فیستول را بین معده ، اثناعشر ویا کولون ایجاد کرده و در کلیشه رادیو گرافی ساده بطن ، گاز در طرق صفراوی مشاهده می شود . و در صورتیکه فیستول مذکور بقدر کافی بزرگ باشد ممکن سنگ باعث انسداد امعاء رقیقه شود (gallstone ileus) اگر سنگ ها داخل کولون شود میتواند باعث انسداد کولون شود. که در اینصورت با کارسینومای کولونی بدون اعراض شباهت نشان میدهد .

۲ - فیستول های خارجی - تقریباً تمام این فیستول ها به تعقیب عملیاتهای که بالای طرق صفراوی ویا اثناعشر صورت میگیرد در نتیجه ماوف شدن قنوات اساسی ویا لیکاژ انستموز صفراوی بوجود می آید. فیستولهای مذکور در صورت بندش و جلو گیری از جریان صفراء بداخل امعاء ادامه یافته بناءً در چنین حالات باید تمادی سیستم صفراوی بر قرار ساخته شود. رادیوگرافی (مانند ERCR, sinograms) جهت ارزیابی آفت مفید بوده و در صورتیکه طرق صفراوی سالم باشد sphincterotomy و کشیدن تمام اجسام نکروتیك و اجنبی از طرق صفراوی باعث حل پرابلم میگردد . هرگاه تضیق موجود باشد ایجاب تطبیق (stent) ویا مداخله جراحی را می نماید. وبه خاطر باشد که فیستول های اثناعشر نسبت عصاره پانکراسی ایجاب مراقبت مخصوص را می نماید.

فصل نهم

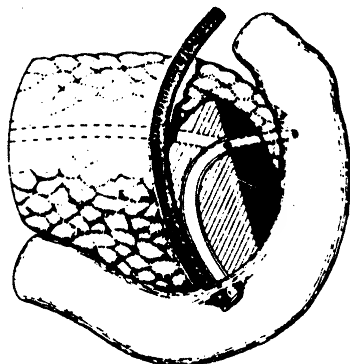
پانکراس

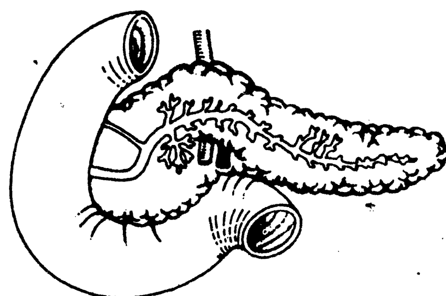
اناتومی جراحی - اسم پانکراس از کلیمه یونانی pan (به معنی تمام یا all) و kreas (بمعنی نسج نرم یا flesh) مشتق شده و در ابتداء فکر میشد که به قسم یك بستر برای معده عمل مینماید . غده مذکور ۱۲ - ۱۵ سانتی متر طول ، ۲- ۳ سانتی متر ضخامت و تقریباً ۸۰ گرام وزن داشته و در خلف پریتوان توضع دارد .

پانکراس متشکل از راس، عنق، جسم و زنب بوده که راس آن در حذای انحنای اثناعشر قرار دارد . عده مذکور بالای جسم فقره دوم قطنی و ابهر توضع داشته لاکن دراثنای تنفس به علوی و سفلی ، قدام و خلف با نبضان ابهر حرکت مینماید. عنق غده ناحیه است که در خلف با اوعیه مساریقی علوی مجاورت دارد (شکل ۷۲) . از زاویه سفلی وچپ راس پانکراس یك استطاله منشه میگیرد که از راست به چپ سیر داشته وبه شکل یك چنگك از خلف و تحت اوعیه مساریقی علوی میگذرد و بنام uncinate process یاد میشود. اورده کوچك که باید در اثنای عملیات pancreatectomy بسته شوند بعد از عبور از uncinate process به ورید مساریقی علوی میریزد . در حذای سرحد علویی خلف پانکراس ورید مساریقی علوی با ورید طحالی یکجا شده و ورید باب را میسازد.

پانکراس به قسم دو جوانه ظهری و بطنی (dorsal و ventral) از اثناعشر ابتدائی انکشاف یافته قنات پانکراسی اضافی (Santorini) قنات جوانه ظهری بوده که قنات اساسی جسم و زنب پانکراس را تشکیل داده ازمیان راس پانکراس به قدام عبور و در حذای papilla اضافی داخل قطعه دوم اثناعشر میگردد (شکل ۷۳) قنات جوانه بطنی که قنات اساسی راس پانکراس را مسیازد اکثراً با قنات جوانه ظهری درحذای راس پانکراس یکجا شده و بعداً به خلف و سفلی سیر داشته تابه قنات صفراوی اساسی در حذای امپول واتر وصل گردد . گاهی قنات اساسی راس پانکراس با قنات پانکراس اضافی (قنات جوانه ظهري)

یکجا نشده که در اینصورت جوانه ظهری و بطنی با هم وصل نشده و جسم و زنب پانکراس توسط قنات اضافی در حذای papilla accessory اثناعشر درنیاژ میگردد که حالت مذکور بنام pancreas divisum یاد شده و در ۵٪ اشخاص مشاهده میشود. گاه گاه تضیق papilla اضافی میتواند باعث پانکریاتیت شود.





شکل ۷۳ - منظره خلفی پانکراس

شکل ۷۲ - منظره قدامی پانکراس

نسج acinar پانکراسی به شکل فصیصات ترتیب شده قنات اساسی به قنات بین الفصیصی (interlobular), intralobular, ductules و در اخیر به acini منشعب شده حجرات acinar بدور لومن مرکزی قرار داشته و acinus را که با سیستم قناتی وصل میگردد میسازد . همچنان پانکراس متشکل از قنوات شبکه مانند میباشد که توسط حجرات افرازی فرش شده ٤٨ ٪ پانکراس توسط حجرات acinus ٤ ٪ توسط حجرات قنوات و اوعیه دموی و تقریباً ۲٪ توسط حجرات اند وکرین تشکیل شده و باقی مانده را انساج منظم و شحم تشکیل میدهد .

جزیرات Langerhans در سراسر پانکراس منتشر بوده و این جزیرات از انواع مختلف حجرات تشکیل شده که ۷۵٪ انرا حجرات B (افراز کننده انسولین) ۲۰٪ را حجرات A (افراز کننده glucagon)، حجرات D (افراز کننده سوماتو ستاتین) و یکتعداد کم

حجرات تولید کننده پولی پپتاید پانکراسی می سازد . در یك جزیره ، حجرات B قسمت مرکزی را ساخته که توسط حجرات دیگر احاطه شده شعریه های که باعث دریناژ islet cell می شوند در ورید باب ریخته و سیستم باب پانکراس را می سازد .

فزیولوژی جراحی

غده پانکراس در عکس العمل مقابل مواد غذائی باعث افراز انزایم های هضمی در یك مایع غنی از قلویات (PH 8.4) و بای کاربونات شده که این انزایم های هضمی توسط حجرات acinar افراز میگردد در حالیکه حجرات قنوات بای کاربونات افراز می نماید . غده پانکراس روزانه تقریباً یك لیتر افرازات داشته که این افرازات حاوی ۵-۸ گرام پروتین به شکل انزایم میباشد . افرازات خارجی پانکراس تحت کنترول عصبی و هارمونی بوده و تنبیه عصب پاراسیمپتیك و واگوس باعث افراز بای‌کاربونات و انزایم شده در حالیکه تنبیه عصب سیمپاتیك حشوی باعث نهی افراز آن میگردد . سرعت افراز و محتوی بای کاربونات عصاره پانکراسی توسط هارمون secretin که از مخاط اثناعشر در اثر تنبیه اسید لومن افراز میگردد افزایش میبابد. افراز انزایم های پانکراسی توسط Pa ncreozymin. که از مخاط اثناعشر در اثر شحم وپیپتاید های داخل لومن افراز میگردد شدیداً تنبیه شده همچنان افرازات پانکراسی توسط هارمونهای که بداخل پانـــــکراس و امعاً تولید میـــشود مانند vasoac-tive intestinal peptide و گاسترین تنبیه شده و توسط هارمونهای پانکراسی مانند somatostatin و پولی پیپتاید پانکراسی و گلوکاگون نهی میگردد

افرازات پانکراس شامل مرحله cephalic که با فکر در مورد مواد غذائی شروع شده ، مرحله معدوی که باموجودیت غذادر معده تولید شده و مرحله معائی که توســط افرازات secretin و pancreozymin اثناعشر و ژیژینوم و ساطت میگردد می باشد . انزایم های هضمی پانکراس تقریباً ۲۰ عدد بوده که اینها عبارتند از :

انزایم پروتیولیتـــیك مانند trypsin ، انزایم Lipolytic مانند lipase انزایم های پارچه کننده نشایــسته مانند amylase و انزایم های پارچه کــننده nucleic اسید مانند ri-bonuclease .

معاینات خصوصی پانکراس - برای اینکه در مورد آفات پانکراس معلومات حاصل کرد می توان معاینات خصوصی ذیل راانجام داد :

۱ - تعین سویه انزایمها پانکراس در مایعات عضویت در وقایع ترضیضات و افات پانکراس .

۲- تعین بای کاربونات و انزایم ها در عصاره پانکراسی به منظور ارزیابی و ظایف پانکراسی.

۲ - اجرای التراسوند ، CT scan و ERCP که در ارزیابی انومالی های ساختمانی پرانشیم و سیستم قنوات پانکراس مفید می باشد .

انومالی های ولادی پانکراس

پانکراس حلقوی (Annular pancrease) - دو جوانه ابتدائی پانکراس ممکن در جریان انکشاف خویش قطعه دوم اثناعشر را احاطه نماید و باعث تولید یك شکل نادر انسداد خارجی پانکراس شود .

پانکراس Ectopic - پانکراس ectopic از جوانه های اضافی بوجود آمده و در ۲۰٪ اشخاص مشاهده می شود . در این انومالی یك نودول نسج پانکراس ممکن در معده ، اثناعشر یا ژیژینوم دریافت شود و گاهی باعث تولید اعراض انسدادی و یا سؤهاضمه میگردد.

مرض سیستیك و لادی پانکراس - این انومالی بعضاً با مرض و لادی کلیه و کبد همرا می باشد .

ترضیضات و جرو حات پانکراس

ترضیضات و جروحات خارجی - پانکراس میتواند در اثر ترضیضات مستقیم کند و یا جروحات نافذه مجروح گردد .ترضیضات کند می تواند در اثر تصادمات ترافیکی یا بایسکل و یا در اثر فشار غیر مترقبه در بطن بحال استرخاء بوقوع رسد . در ترضیضات پانکراس معمولترین ناحیه آسیب پذیر عنق آن میباشد که بالای فقره دوم قطنی و ابهر قرار دارد و در

مرحله معاوضوی مغلوب گردید نزد مریض استفراغات وصفی فراوان و بدون صفراء بوجود امده که از نظر مقدار زیاد بوده و ممکن حاوی غذا هایی باشد که مریض آنرا یك الی دو روز قبل صرف کرده واین غذا رکودتی نسبت تخمر(putrefaction)در اثر نشو و نمای ژرم های saprophyte دارای بوی زننده می باشد. نزد مریض از باعث استفراغ زیاد ضیاع وزن، قبضیت (نسبت dehydration) و در اثر تشوش الکترولایت ها ضعیفی بوجود می آید.

درد نزد مریضان تضیق پیلور در ناحیه اپی گاستریك توضع داشته و این مریضان بعد از گرفتن غذا سنگینی و درد را در بطن خویش احساس مینمایند. درد، وصف دوری داشته و با استفراغ رفع میگردد. بناً جهت رفع درد ممکن خود مریض استفراغ را تحریك نماید .

در معـاینه مریض دی هایدری، لاغر و ضعـیف بوده و از نظر عـلایم فزیـکی توسع و ضخامه رو به ازدیاد معـده را می توان چنین خلاصـه کرد: (در ابتداء صدای معده شنیده میشود بعداً صدای معده شنیده شده و حرکات آن دیده می شود و در مرحله اخیر صدای معده شنیده شده و حرکات آن ملاحظه وخود معده قابل لمس میگردد) توضیح عبارات فوق این است که در ابتداء چند ساعت بعد ازصرف غذا با تکان دادن بطن مریض صدای ناشی از بهم خوردن مایع و گاز در معده شنیده می شود که بنام succussion splash ویا claputage یاد می شود زمانیکه معده بزرگ گردید حرکات استداری معده قابل رویت شده و در قسمت علوی بطن از چپ به راست مشاهده میشود. بالاخره معده بسیار ضخاموی و وسیع که مملو از مایع و مواد غذایی رکودتی میباشد واقعاً قابل جس و لمس میگردد.

تیوباژ و اسپریشن عصاره معدوی ، از طرف صبح بیش تر از ۱۰۰ ملی لیتر بوده و در وقایع پیشرفته مرض محتوی معده در حدود یك لیتر ویا بیشترازان میباشد.

رادیو گرافی معده با مواد کثیفه(Barium meal) توسع معده و تضیق پیلور را با تاخیر در تخلیه معده نشان میدهد.

تشوشات بیوشیمیك

مریضان مصاب قرحات اثناعشر فرط اسـید معدوی داشته بناءً در تضیـق پیلور استفراغ زیاد نه تنها باعث ضیاع آب بدن شده بلکه نسبت ضیاع آیون هایدروژن باعث الکلوز نیز

صورت وارد شدن ترضیض بطرف راست بطن میتواند راس پانکراس و اثناعشر تمزق نماید . جروحات نافذه که پانکراس را مصاب میسازد اکثراً معده ، اثناعشر ، کولون ، کبد و یا طحال رانیز در بر میگیرد.

تظاهرات سریری و تداوی مرض - معمولترین تظاهرات سریری ترضیضات کُند پانکراس درد ناحیه اپی گاستریك می باشد . تعین سویه سیروم امیلاز در تشخیص کمك کرده که در ۹۰ ٪ وقایع بلند میرود . معاینه التراسوند ممکن اذیما ، هیماتوم و یا یك کیست کاذب پانکراس رٓا نشان دهد و ادامه درد بطنی ، بلند بودن سویه سیروم امیلاز برای مدت طولانی و یا پیش رفت علایم فزیکی استطباب لپراتومی را نشان میدهد . در اثنای عملیات نسبت هیماتوم وسیع محیط پانکراس ، وسعت جرحه اکثراً قابل تعین نه بوده و در صورتیکه خون ریزی واضح موجود نباشد پانکراس بحال خودش گذاشته شده و یك درن در ناحیه تطبیق و یك دوره تداوی محافظه کارانه با تقویه مریض از طریق وریدی (parenteral) و نگرفتن غذا از طریق فمی تعقیب میگردد . هرگاه جسم پانکراس قطع شده باشد در صورت خوب بودن وضع عمومی مریض ریزکشن قسمت distal توصیه می شود . کوشش بمنظور ترمیم ناحیه اکثراً باعث ماوف شدن اثناعشر شده همچنان کوشش به مقصد ترمیم قنات بالای stent ، انستموز هرد و نهایت پاره شده به یك عروه Y Roux و sphincterotomy بمنظور تنقیص مقاومت مقابل جریان عصاره پانکراسی و جلوگیری از تشکل فیستول نتایج خوب ندارد . در صورت بوجود آمدن کیست کاذب پانکراس باید cystogastrostomy اجراء گردد . گاهی جرحه قنات پانکراسی تا مدت زیاد الی بوجود امدن پانکریاتیت از باعث تضیق قنات پانکراس اعراض واضح نشان نمی دهد .

انذار مرض - معمولترین سبب مرگ در جروحات پانکراس نزف ناحیه تمزقی میباشد وفیات ترضیضات کند پانکراس نظر به موجودیت آفات مترافقه از ۱۶ - ۲۸ ٪ فرق کرده و وفیات جروحات نافذه پانکراس مترافق با جروحات احشای مجاور به ۵۰ ٪ میرسد .

جروحات زمان عملیات پانکراس (Iatrogenic injury) - این جروحات به چهارشکل

ذیل بوجود می آید :

۱ - جرحه زنب پانکراس در اثنای splenectomy که باعث فیستول پانکراسی میگردد.

۲ - جرحه قنات پانکراسی اضافی (santorini) در اثنای عملیات گاستریکتومی قسمی Billroth II . و طوریکه قبلاً ذکر گردید قنات مذکور در ۵٪ مریضان قنات اساسی بوده بناً اجرای pancreatogram توسط canulation قنات در مورد مصونیت لیگاتور و قطع قنات معلومات داده و در صورتیکه قنات دریناژی دیگر مشاهده نشود باید قنات مذکور دوباره به اثناعشر تفمم داده شود .

۳ -سعی بمنظور enucleationتومورحجره islet پانکراس میتواندباعث فیستول شود .

٤ - نزف اثناعشر ویا امپولا به تعقیب sphincterotomy که این حالت ایجاب duodenotomy را بمنظور توقف و کنترول نزف مینماید.

فیستول پانکراسی - فیستول پانکراسی اکثراً در اثر ترضیض زمان عملیات بوجود آمده که در ابتداء در اکثر وقایع از نظر مخفی باقی میماند.

تداوی

مشکلاتیکه در تداوی این فیستولها موجود میباشد عبارت اند از :

۱ - ضایعات مایعات و الکترولایت ها - در صورت موجودیت فیستولها ، پانکراس تمایل به افراز زیاد داشته و ممکن در۲٤ ساعت تا دو لیتر ضایعات داشته باشد که این ضایعات مایعات و الکترلایتها میتواند باعث تهدید حیات مریض شود بناءً لازم است تا ضایعات مذکور را از طریق فمی ویا وریدی جبران گردد در مایعات زیاد بیلانس روزانه مایعات والکترولایتها باید محافظه گردد و در صورتیکه ضایعات زیاد باشد باید عصاره پانکراسی از طریق فمی توصیه شود. افرازات پانکراسی بصورت قسمی توسط ادویه مشابه Somastutin به انحطاط معروض شده غذای مریض بایدحاوی مقدار زیاد پروتین ومقدار کم کاربوهایدریت باشد و اکثراً لازم است تا تغذی این مریضان بصورت مکمل از طریق

parenteral صورت گیرد.

۲ - **هضم بنفسیه جدار ها** - جلد باید توسط ointment حاوی ۱٪ Hcl در کریم اکساید زینك محافظه شود . عصاره فیستول پانکراس به تنهایی بالای جدار تاثیر تخریش کمتر نظر به عصاری پانکراسی و اثناعشری داشته زیرا در حالت اول انزایم ها توسط محتوی اثناعشر فعال نمی شوند

۳ - **درنیاژ** - باید راجع به عدم موجودیت تجمع مایع بدورادور پانکراس توسط التراسوند و C T scan ing اطمینان حاصل گردد و در صورتیکه تجمع مایع در یافت شود درنیاژ آن از طریق جلد تحت کنترول imaging توصیه میشود و در صورت که قنات پانکراسی سالم باشد فیستول ممکن شفایاب شود برخلاف هرگاه بصورت مکمل قطع باشد افرازات ادامه خواهد یافت . pancreatogram در تداوی کمك زیاد کرده و در صورت قطع تام قنات ریزکشن توصیه میشود.

التهابات پانکراس

(PANCREATITIS)

التهاب پانکراس در این اواخر به التهاب حاد و مزمن تفسیم شده است.

التهاب حاد پانکراس (Acute pancreatitis)

تعریف - پانکریاتیت عبارت از یك حالت حاد با درد بطنی و اکثراً همراه با ازدیاد انزایمهای پانکراسی در خون و ادرار ناشی از التهاب مرضی پانکراس میباشد .

پانکریاتیت حاد ممکن دوباره نکس نماید این مرض وخیم و کشنده بوده و در حدود ۲۰ ٪ وفیات دارد اما خوشبختانه مرض در هر ۱۰۰۰۰۰نفر ۵ نفر را مصاب میسازد.

ایتولوژی

اسباب پانکریاتیت حاد بصورت مکمل واضح نبوده اما فکر میشود که به گمان اغلب حادثه از باعث auto - digestion نسج پانکراس توسط انزایمهای آزاد شده آن بالخصوص

trypsin بوجود می آید و فکتور های که باعث این حادثه میگردد عبارت اند از :

۱ - آفات طرق صفراوی . (۵۵٪).

۲ - آفات ترضیضی (۵٪).

۳ - الکولیزم (۱٪).

٤ - انتانات (۱٪).

۵ - اسباب میتابولیك (۱٪).

٦ - تشوشات وعایی (۱٪).

۷ - فکتور های idiopathic (۳۵٪).

۱ - آفات طرق صفراوی - بین پانکریاتیت حاد و آفات طرق صفراوی (سنگهای طرق صفراوی) در ۵۵٪ وقایع ارتباط واضح دریافت شده که ممکن علت آن عدم توسع حویصل صفرای مرضی عطف شود که این حادثه باعث ازدیاد فشار طرق صفراوی شده و بازگشت صفرای منتن را به قنات پانکراسی مهیا میسازد .

۲ - ترضیضات - که این ترضیض میتواند به شکل crush injury ویا ترضیضات زمان عملیات باشد مثلاً در هنکام عملیات گاستریکتومی هرگاه راس پانکراس زیاد تسلیخ شود ویا اوعیه آن قطع شود همچنان مداخلات که بالای طرق صفراوی اساسی صورت میگیرد هرگاه نهایت T- tubeبالای معصره oddi قرار گیرد پانکریاتیت حاد به وجود آمده میتواند.

۳ - الکولیزم - حملات متکرر پانکریاتیت در مریضان الکولیزم مزمن به کثرت مشاهده شده و الکولیزم یکی از اسباب مهم پانکریاتیت در امریکای شمالی و فرانسه میباشد.

٤ - انتانات - پانکریاتیت حاد به قسم یك اختلاط درسیر بعضی نتانات از قبیل کله چرك mump ، محرقه و همچنان انتانات coxsackie به مشاهده رسیده است همچنان تیوری و یروسی نیز ذکر شده چنانچه واقعات کوچك اپیدیمی مرض مشاهده شده است

۵ - اسباب میتابولیك - پانکریاتیت حاد نزد یکتعداد اشخاصیکه مصاب فرط فعالیت غدیدات درقیه اند زیاد تر مشاهده شده لذا باید در مواجه پانکریاتیت حاد متکرر غدیدات درقیه معاینه شوند . یکتعداد آفات دیگر مانند زیاد بودن شحم خون و امبولی شحمی نیز سبب مرض میگردد . ادویه جات نیز سبب مرض شناخته شد ه که در این جمله بعضی ادویه

جات مانند steroids ، ACTH، دیوریتیک (Chlorthiazide) و استروژن ذکرشده است.

۶ - تشوشات وعایی - التهاب حاد غده پانکراس در وقایع فرط فشار خون خبیث و polyarteritis nodosa ممکن از باعث ایجاد احتشای موضعی به مشاهده رسد .

۷ - فکتور های idiopathic - هیچکدام از عوامل فوق تشریح واضح را در مورد طبعیت مرض بدسترس قرار نداده و در یکتعداد کم وقایع فکتور های ارثی را در پتوژنی مرض ذیدخل میدانند لذا در یکتعداد وقایع عامل مرضی روشن نمی گردد.

پتولوژی

تغیرات پیتولوژیك در جوف پریتوان و پانکراس از باعث تاثیر انزایمهای پانکراس مخصوصاً لیپاز و تریپسین بوجود آمده در حالیکه امیلاز از جوف پریتوان جذب و داخل دوران میگردد.

جوف پریتوان - جوف پریتوان حاوی مایع مصلی و یا مصلی دموی بوده و در یك تعداد وقایع در نسج شحمی ثرب کبیر ، میزو امعاء رقیقه و پریتوان جداری محیط پانکراس نقاط سفید رنگ به مشاهده رسیده که این نقاط بنام fat necrose ویا -cytosteato. nec rosis یاد میشود . که از اثر تاثیر لیپاز آزاد شده بالای نسج شحمی ، اسید شحمی ویا گلیسیرول آزاد شده ودر نتیجه اتحاد آنها با کلسیم صابون غیر منحل بوجود می آید.

پانکراس - به شکل اذیمائی ، نزفی ویا نکروتیك بوده که در شکل خفیف پنکریاتیت یك قسمت یا تمام پانکراس اذیمای میباشد اما در اشکال شدید بصورت گروس نزفی و در واقعات وخیم نکروتیك بوده و انساج محیط و خلف پریتوان توسط مایع خون آلود استیلا می باشد. نادراً پانکریاتیت شکل تقیحی نیز دیده شده که در این شکل ابسی های واحد ویا متعدد در بعضی نواحی غده مشاهده میشود.

پتولوژی متمم - صفرای منتن و سنگهای صفراوی معمولاً دریافت شده و هرگاه دریناژ جوف صغیر پریتوان اجراء و مریض شفایاب گردد ممکن انساج نکروتیك پانکراس و احشای مجارو آن به شکل مواد متفسخ در يناژ گردد که این مواد عبارت از ترسبات کلسیم میباشد .

تظاهرات سریری

مریضان اکثراً شحمی بوده و وقوعات مرض در مردها تقریباً مانند خانمها میباشد لاکن در مرد ها وقوعات زیاد مرض بین سنین ۳۰ - ٤٠ بوده در حالیکه در خانمها سن ٥٠ سالگی میباشد. حمله مرض به تعقیب گرفتن یك غذای ثقیل ویا نوشیدن الکول بوجود می آید .

۱ - **اعراض** subjective - در اینجا اعراض وظیفوی و اعراض عمومی را مطالعه می نماییم:

الف - اعراض وظیفوی .

۱ - درد بطن.

۲ - دلبدی و استفراغ.

۳ - انسداد قسمی.

۱ - **درد بطن** - این درد اکثراً در ناحیه اپی گاستریك موقعیت داشته به نواحی ظهری انتشار مینماید. درد شدید و ثابت بوده در ظرف چند ساعت به شدت اعظمی میرسد و چنین تصور میگردد که مریض در حالت نزع قرار دارد و نظربه اینکه زنب و یا راس پانکراس مصاب آفت میباشد در د میتواند در هیپوکاندر راست ویا چپ توضع داشته باشد

۲ - **دلبدی و استفراغ** - قیات مقدم ، متکرر و فوراني بوده و عرض مهم محسوب میگردد.

۳ - **انسداد قسمی** - توقف گاز و مواد غایطه ثابت نبوده و فلج حرکات استداری امعاء در ساعات اول محدود به اثناعشر و قسمت های علوی ژیژنوم است و در کلیشه رادیو گرافی بطن عروات معائی پر از گاز مشاهده میشود. هرگاه این فلج حرکات استداری امعاء با تطبیق سند انفی معدوی جلوگیری نگردد بعد از سپری شدن مدت ۱۲ ساعت حرکات معائی زیاد تر تنقیص یافته و باعث انتفاخ بطن میگردد.

ب - اعراض عمومی

۱ - شاك.

۲ - تغیر درجه حرارت.

۳ - یرقان خفیف.
٤ - تیتاني.

۱ - شاك - مریضان پانکریاتیت حاد اکثراً در لوحه شاك قرار داشته نبض سریع و سیانوز موجود میباشد (ازباعث کولاپس سیستم دوراني) شاك عمیق تقریباً در ۱۰ ٪ وقایع مشاهده شده که مریضان عرقناك و کولاپس شده نهایات سرد و فشار خون پائین می باشد.
۲ - تغیر درجه حرارت - در پانکریاتیت حاد درجه حرارت پائین تر از نارمل بوده و یا ترفع درجه حرارت به مشاهده میرسد.
۳ - یرقان خفیف - یرقان خفیف در ۳۰ ٪ وقایع از باعث بندش قسمی قنات کولیدوك در اثر اذیمای راس پانکراس مشاهده شده و این یرقان بالخصوص در روز دوم مرض قابل مشاهده است .
٤ - حملات تیتانی - این حملات در اثر تخریب parath hormone توسط انزایمها ی پروتیولیتیك پانکراس و تناقص کلسیم ازباعث سهم آن در تشکل fatnecrose بمشاهده میرسد .

۲ - اعراض objective
در تفتیش ۲ - ۳ روز بعد از حمله پانکریاتیت حاد لکه های بنفشوی شکل در اطراف ثره وناحیه قطنی بوجود آمده که این لکه ها از باعث قرار گرفتن افرازات مصلی دموی پانکراس در نسج خلف پریتوانی (grey-Turner's sign) ویا بصورت مستقیم از طریق رباط مدور کبد در اطراف ثره (Cullen's sign) بوجود می آید .
در جس حساسیت منتشر توام با مقاومت عضلی در بطن دریافت شده که این تقلصیت مانند درد به آهستگی انکشاف می نماید و بعداً به تمام بطن منتشر میگردد. این حساسیت را با جس عمیق بالای پانکراس بخوبی دریافت کرده و در ناحیه کلیوی چپ که پانکراس در این ناحیه سطحی تر قرار دارد نیز دریافت کرده میتوانیم.

معاینات خصوصی

۱ - امیلاز سیروم - مقدار امیلاز سیرو م از حد طبعی (در حدو ۱۵۰ واحد somogyi در ۱۰۰ ملی لیتر) بلند رفته و در مرحله حاد مرض تا ۶۰۰ ملی لیتر یا بیش تر ازآن میرسد . ولی در ظرف ۲ -۳ روز دوباره به حد طبیعی باز گشته و نادراً ممکن است در حمله بسیار شدید پانکریاتیت با تخریب وسیع غده مقدار امیلاز در سیروم طبعی باشد. بخاطر باشد که مقدار امیلاز سیروم در تثقبات قرحات پیپتیك ، ترومبوز شریان اکلیلی و انسداد معائی نیزتا ۴۰۰ واحد بلند میرود و همچنان سویه سیروم امیلاز در صورت تطبیق مورفین و کودئین ازباعث اسپزم معصره oddi بلند میرود.

۲ - لوکوسیتوز متوسط .

۳ - گلوکوز یوری که در ۱۵ ٪ مریضان وجود دارد .

٤ - مقدار بیلوروبین سیروم که در اکثرمریضان بلند میرود.

۵ - مقدار کلسیم سیروم که ممکن پائین آید و در این وقایع انذار مرض خراب میباشد.

٦ - ECG - در الکتروکاردیوگرام ممکن موجه T سقوطی باشد که علت آن نامعلوم بوده و این تغیرات ECG با بهبود مرض برطرف شده ویا نکس مرض دوباره بوجود می آید .

۷ - رادیو گرافی بطن که اکثراً بصورت مستقیم کمك نکرده لاکن عدم موجودیت گاز آزاد ویا سویه مایع در تشخیص تفریقی تثقب قرحه اثناعشری ویا انسداد قسمت علوی امعاء مفید بوده و در بعضی وقایع یك عروه واحد متوسع قسمت پروکسیمل ژیژینوم ممکن مشاهده شود که بنام SENTINEL LOOP SIGN یادمیشود . ندرتاً سنگهای رادیو اوپك پانکراس نیزممکن مشاهده شود.

۸ - التراسوند و CT SCAN که ممکن سنگهای صفراوی مترافقه و ضخامه غده را نشان دهد . در مرحله مؤخر مرض ممکن پانکراس نکروتیك ، ابسی ویا کیست کاذب مشاهده شود از جمله این دو معاینه CT Scan ارزش زیاد تر داشته زیرا موجودیت گاز در طرق معدی معائی علوی باعث مبهم شدن نتائج التراسونو گرافی شده میتواند .

۹ - گازات خون - که در اشکال شدیدمرض hypoxia مشاهده میشود .

بخاطر باشد که هر کدام از سه انزایم که توسط پانکراس آزاد میگردد در ایجاد تظاهرات

سریری پانکریاتیت حاد رولی بازی مینماید.

۱ - Trypsin . که باعث هضم بنفسه پانکراس میگردد.

۲ - Lipase که باعث تولید نکروز شحمی میشود.

۳ - Amylase که از جوف پریتوان جذب و باعث بلند رفتن سویه آن در سیروم شده و بدین ترتیب یك تست خوبی را برای تشخیص تشکیل میدهد.

تشخیص تفریقی

تشخیص تفریقی پانکریاتیت حاد در بعضی موارد مشکل بوده و پانکریاتیت حاد اکثراً با امراض ذیل مغالطه میگردد:

تثقبات قرحات معدی اثناعشری، انسداد قسمت های علوی جهاز هضمي، کولیك های صفراوی از باعث سنگ ، انسداد اوعیه اکلیلی ، ترومبوز اوعیه مساریقی ، تمزق انوریزم بطنی و غیره . و طوریکه قبلاً ذکر گردید موجودیت خیال pneumoperitoneum و hydroaeric در رادیو گرافی ساده بطن در تشخیص تفریقی مرض از تثقبات قرحات پیپتیك و انسداد معائی کمك می نماید.

تداوی

تداوی پانکریاتیت حاد در صورتیکه تشخیص واضح باشد محافظه کارانه بوده و لی در وقایع که تشخیص واضح نباشد بهتر است تا لپراتومی اجراء و دیده شود که آیا پانکریاتیت حاد موجود است ویا خیر . وباید گفت که اجرای لپراتومی در بعضی موارد مثلاً موجودیت تثقبات قرحات پیپتیك ترو مبوز اوعیه مساریقی و یا انسداد میخانیکی امعا باعث نجات حیات مریض شده میتواند .

تداوی محافظه کارانه - اساس تداوی طبی و یا محافظه کارانه را تسکین درد مریض و استراحت غده پانکراس تشکیل میدهد و برای این منظور تداوی ذیل صورت می گیرد :

۱ - درد باتطبیق pethedine تسکین شده (مورفین نسبت تولید سپزم معصره تطبیق

نشود) و در صورتیکه درد تسکین نگردد بلاك عصب حشوی اجراء گردد .

۲ - شاك باتطبیق خون تداوی شده و برای محافظه مقدار کافی دیوریز منیتول توصیه می شود .

۳ - ضایعات مایعات و الکترو لایتها از طریق وریدی معاوضه میگردد.

٤ - انتی بیوتیکها به منظور جلوگیری از مداخله انتانات ثانوی در اگزودات پریتوانی تطبیق شود .

٥ - افرازات پانکراس با تطبیق probanthine یا atropine تنقیص داده شود و همچنان تنبهات هورمونی مانند secretin و pancreozymin با اجرای سکشن کافی معده و نگرفتن مواد غذائی از طریق فمی بر طرف گردد .

٦-کلسیم گلوکونات به منظور معاوضه کلسیم که در تشکل نکروز شحمی بکار رفته تطبیق شود .

۷ - در شاك های شدید کورتیزون توصیه شود .

باید گفت که ادویه انتی انزایم مانند aprotinin، epsilonaminocaproic acid, chlorophyll - A, snake antivenom در تداوی مرض مفید ثابت نشده است.

تداوی جراحی

این تداوی زمانی استطباب دارد که تشخیص واضح نبوده و یا اینکه منظور تداوی جراحی دریناژ ابسی و یا کیست کاذب پانکراس باشد .

در صورتیکه بطن مریض باز و پانکریاتیت حاد دریافت شود بالای غده مانورهای دستی صورت نگرفته هر گاه سنگ حویصل صفراء و یا یرقان موجود باشد نزد مریض cholecystostomy و یا choledochostomy اجراء شده وبعد ازدریناژ لوژپانکراس و جوف بطن شق عملیاتی دوباره ترمیم میگردد.

اختلاطات مرض

۱ - تشکل ابسی - این اختلاط نادر بوده و بعد از هفته سوم مرض بوجود امده و با

میگردد. و در صورتیکه مریض جهت تسکین درد مقدار زیاد قلویات اخذ نماید حالت الکلوز هنوز هم وخیم ترمیگردد. در ابتدا تمایل به الکلوز با اطراح سودیم بای کارنیت توسط کلیه ها معاوضه شده و بدین ترییب PH خون در حـــدود نارمل محافـــظه می گردد دراین مرحـله دی هایدریشن باعث تنقیص حجم ادرار و افزایـــش غلظت آن شده که در ابتدا مقدار کلوران کم و باالاخره بکلی از بین رفته و تعـامل ان قـلوی می گردد. اگر استـــفراغ ادامه یابد کمبود شدید سودیم ظاهر شده این کمبود وضایعات سودیم تا حدی از باعث ضیاع آن در اثر استفراغ بوده لاکن علت اصلی آن اطراح سودیم بشکل سودیم بای کاربونیت از طریق ادرار میباشد. با تخلیه ذخایر سودیم عضویت، آیون هایدروجن و پوتاسیم به شکل کاتیون جاگزین سودیم شده و با بای کاربونات در ادرار اطراح می گردد. که این حوادث وضع متضادی را بوجود آورده یعنی با وجودیکه مریض مصاب الکلوز پیشرفته است ادرار اسیدی اطراح مینماید.

مقدار یوریای خون بلند رفته که این حادثه قسماً از باعث دی هایدریشن و تاحدی در تنیجه ماوف شدن کلیه ها در اثر تشوش الکترولایت ها میباشد . باالاخره ممکن نزد مریض حملات تیتانی از باعث تبدیل شدن کلسیم فاسفیت آیونایز خفیفاً قلوی بحالت غیر آیونایز به منظور جبران حالت الکلوز بوجود آید بدین ترتیب غلظت آیون کلسیم در پلازما پایین امده در حالیکه غلظت مجموعی کلسیم تغییر نمیکند.

اختلاطات و تشوشات میتابولیك را میتوان قرار ذیل خلاصه کرد:

۱ - مریض دی هایدری است و سویه هیماتوکریت بلند میرود.

۲ - مقدار ادرار کم ولی غلیظ است و تعامل آن در ابتدا قلوی و بعداً اسیدی است مقدار کلور ادرار کم ویا موجود نمیباشد.

۳ - سویه کلور سودیم و پوتاسیم سیروم تنقیص یافته وبای کاربونات و یوری پلازما بلند میرود.

تشخیص تفریقی

- مهمترین مرض که درتشخیص تفریقی تضیق پیلور مد نظر باشد عبارت از کارسینو مای

ظهور یك كتله در ناحیه flank چپ و ترفع درجه حرارت تظاهر می نماید . باید گفت که تشکل ابسی در بعضی موارد نسبت تطبیق انتی بیوتیکها از نظر مخفی باقی مانده و تداوی ان مداخله جراحی و درنیاژ ابسی میباشد .

۲ - کیست کاذب پانکراس - در۵٪ وقایع مشاهده شده و معمولاً در هفته دوم مرض بوجود می اید .

۳ - حملات بعدی و مجدد مرض (relapsing pancreatitis) .

٤ - بوجود آمدن diabetes mellitus دایمی .

۵ - عدم کفایه کلیوي که مترافق با شاك و نکروز پانکراسی می باشد.

٦ - عدم کفایه تنفسی که به گمان اغلب ناشی از ضایعات افرازات انساج ریوی (surfactant) میباشد .

انذار مرض

انذار پانکریاتیت حاد نظربه شدت مرض فرق کرده و وفیات مرض ۳ - ۱۰ ٪ در شکل پانکریاتیت اذیمائی ، ٤۰ - ۵۰ ٪ در شکل نکروتیك و تقریباً تا ۱۰۰ فیصد در صورت نکروز تام غده مي باشد.

مریضانیکه از پانکریاتیت ازباعث سنگهاي صفراوی شفایاب میشوند باید نزد شان cholecystectomy اجراء و سنگهاي قنوات صفراوی از طریق مداخله جراحی ویا اندو سکوپیك کشیده شود و این عمل باید در ظرف یکماه ازحمله مرض یعنی قبل از وقوع حمله بعدی صورت گیرد بعضي مولفین اجراي کولی سیستیکتومی را بعد از شفا یابی مریض از حمله پانکریاتیت حاد و قبل از رخصت شدن آن از شفاخانه توصیه مینمایند در حالیکه دیگران اجراي عملیات را بصورت مقدم ، خطر براي تولید اختلاطات بیش تر از قبیل کیست کاذب وغیره فکر مینمایند. بعد از شفایابي مریض اسباب دیگر مرض جستجو گردد و در صورت دریافت باید تداوي شوند . مثلاً hyperparathyroidism و مریضان الکولیك نسبت ایجاد حمله بعدی از نوشیدن الکول پرهیز شوند.

پانکریاتیت مزمن

پانکریاتیت مزمن عبارت از یك آفت التهابي دوامدار پانکراس است که با تغیرات مورفولوژیك غیر قابل ارجاع غده پانکراس که باعث تولید درد مخصوص ویا عدم کفایه وظیفوي دایمي میگردد وصفي میباشد. مرض در سیر خویش بعضاً وخامت کسب کرده لاکن آفت میتواند کاملاً بدون درد باشد پانکریاتیت مزمن ۳۰۰ واقعه در هر صد هزار اتوپسي دریافت شده اما مرض از نظر کلینکی نسبت به رقم فوق بسیار کمتر شیوع دارد مرض در مرد ها نظربه خانم ها زیاد تر مشاهده شده (۱:٤) وسن متوسط شروع مرض ٤۰ سالگی است و وقوعات مرض در خانمها رویه ازدیاد میباشد.

ایتولوژی و پتولوژی مرض

معمولترین سبب پانکریاتیت مزمن نوشیدن زیاد الکول همراه با غذای غنی ازپروتین وشحم میباشد که میخانیکیت ان معلوم نبوده لاکن طوری بنظر میرسد که الکول مقدار و محتوی عصاره پانکراسی را تغیر داده و در نتیجه تشکل یك کتله پروتینی باعث انسداد قنوات پانکراسی میگردد. اسباب دیگر مرض انسداد قنات پانکراسی ناشی از تضیق مثلاً بعدار ترضیض و یا التهاب پانکراس می باشد همچنان انسداد توسط کانسر پانکراس، hyperparathyroidism، فیبروز سیستیك، پانکریاتیت ارثی، سوتغذی نوزادان و یك تعدادحالات زیادایدیوپاتیك سبب مرض شذه میتواند.گاهی‌تضیق امپول واترباعث پانکریاتیت مزمن شده و در وقایع که جوانه ظهری و بطنی با هم وصل نشده باشد تضیق papilla اضافی ممکن باعث تغیرات پانکریاتیت که دران راس پانکراس مصون باقی ماند شود.

در شروع مرض زمانیکه اعراض بوجود می آید ممکن پانکراس نارمل بنظر رسد بعداً پانکراس بزرگ شده و از باعث اسکلیروز سخت میگردد در حالیکه قنوات ان معوج و متوسع شده و سنگهای متکلس از چند ملی گرام الی ۲۰۰ ملی گرام در بین ان تشکل می نماید.

در نتیجه بندش قنوات توسط مایع جلاتینی غني از پروتین و مواد نکروتیك

کیستهابوجود می آید. از نظر هستولوژیك، آفت فصیص مخصوص را مصاب ساخته و باعث تولید میتاپلازیا قنیوه ، ضمور acini ، هیپرپلازیا اپیتیلیوم قنوات و فیبروز بین الفصیصی میگردد . در وقایع که تشوشات مهم کلینیکی موجود باشد تغیرات مذکور یك قسمت زیاد و یا تمام پانکراس را مصاب ساخته و پانکراس توسط یك اسکلیروزی محدود میگردد که میتواند باعث تضیق شرائین ، لمف ، اورده باب و طحالی ، قنوات صفراوی و کولون مستعرض شود .

تظاهرات سریری

درد ناحیه اپی گاستریك در ۹۳٪ وقایع موجود بوده که این درد در ۲۹٪وقایع بطرف چپ در ٤٤٪ وقایع بطرف راست هیپوکاندر و در ٥٦٪ وقایع بطرف خلف انتشار می نماید . درد مذکور بعضاً با گرفتن الکول شدید شده و در نتیجه تنقیص اشتها از باعث درد و سوء هاضمه ضیاع وزن به مشاهده میرسد. سوء جذب شدید و دیابیت mellitus از تظاهرات مو خر مرض میباشد .

معاینه اکثراً در تشخیص مرض کمك نکرده لاکن در ۳٪ وقایع یرقان از باعث متضیق شدن قنات صفراوی خلف پانکراسی ممکن مشاهده شود. موجودیت یك کتله حساس و سخت ناحیه اپی گاستریك دلالت به تشکل یك کیست و یا حتی کانسرمی نماید.

معاینات خصوصی

۱ – تعین امیلاز خون که در اثنای حمله درد ممکن بلند باشد .

۲ – اجرای رادیوگرافی ساده بطن که در٦٥٪ وقایع تکلس رانشان میدهد.

۳ – التراسوند پانکراس که ضخامه پانکراس را با کیستها و قنوات متوسع نشان میدهد.

٤ – CT- scan – که در تشخیص تفریقی مرض از اسباب دیگر دردهای خلف پریتوانی مانند لمفو ادینوپاتی و سرکومای خلف پریتوانی ممکن کمك نماید

٥ – ERCP که در تشخیص تضیق قنوات و papillaکه از جمله عوامل مساعد کننده

پانکریاتیت میباشد، انومالی قنات و وسعت آفت کمك می نماید . همچنان این معاینه در تعین استطباب عملیات جراحی و نوع عملیات کمك میکند . با وجود این باید به خاطر باشد که تشخیص تفریقی مرض از کارسینومای پانکراس ممکن صرف توسط لپراتومی وضع گردد .

تداوی

غذای حاوی مقدار کم شحم و پرهیز از الکول توصیه می شود انزایم های پانکراسی حتی در صورت عدم موجودیت steatorrhoea از تکرار حملات درد ناك مرض جلوگیری مینماید. در صورت موجودیت سوء جذب، و یتامین D و triglyceride نیز ممکن ضرورت شود . درد شدید با استفاده از انا لجزیکهای قوی کنترول شده وبعضاً بلاك عصب حشوی باعث تسکین درد میگردد . درد با پرهیز از الکول اکثراً از بین مي ورد . در صورتیکه دیابیت mellitus بوجود آید در ابتدا با ادویه های فمی کنترول شده لاکن بعداً ایجاب انسولین را می نماید.

اهتمامات و تداوی طبی اکثراً باعث شفایابی مریض شده و جراحی زمانی استطاباب دارد که با وجود پرهیز از الکول مرض کـــنترول نـــــگردد. تداوی جراحی به استناد معاینه pancreatogram و CT scan صورت گرفته و در صورتیکه راس پانکراس به صورت نسبی نارمل باشد ریزکشن قسمت distal پانکراس الی ورید باب استطباب دارد بر خلاف هرگاه راس پانکراس ماوف باشد pancreatoduodenectomy اجرا میگردد . بصورت نادر قنات پانکراسی بسیار متوسع بوده که در اینصورت pancreatojejunostomy - طولانی اجرا مي شود .

انذازمرض - مریضانیکه ایجاب عملیه جراحی را مي نماید در ۷۵٪ انها اجرای عملیه دریناژ و یا excision باعث تسکین درد میـــگردد مریض شفایاب شده لاکن دیابیت و steatorrhoea ممکن بوجود آید . در یکتعداد مریضـــان درد ادامه یافتـــــه و ایجاب total pancreatectomy را می نماید . و براي حصول نتایج بهتر باید مریض از نوشیدن الکول خوداری نماید .

کیست های پانکراس

تصنیف.

کیست های پانکراس بدو دسته یعنی کیستهای حقیقی (ture cyst) وکیستهای کاذب تصنیف میگردد .

۱ - کیست های حقیقی پانکراس(۲۰٪)- عبارت ازکیستهای اندکه مملو ازیک مایع بوده و توسط یك غشای اپیتیلیل احاطه شده است. این کیستها نیز قرار ذیل تصنیف شده است :

الف - کیست های و لادی .

۱ - کیست های واحد (single cyst)

۲ - کیست های متعدد (multiple cyst) یا مرض پولی کیستیك پانکراس .

۳ - کیست درموئید .

٤ - مرض فیبرو سیستیك پانکراس.

ب - کیست های کسبی (acquired cyst).

۱ - کیست های احتباسی (retention cyst) .

۲ - کیست های پرازیتیك .

۳ - کیست های نیوپلاستیك .

الف - cyst adenoma سلیم .

ب - cyst adenocarcinoma

کیستهای و لادی پانکراس نهایت نادر بوده و کیست پرازیتیك در ایالات متحده امریکا راپور داده نشده است . retention cyst که یك توسع سیستیك قنات پانکراسی است در اکثر و قایع از باعث التهاب پانکراس بوجود امده و مانند کیستهای و لادی نادر نمی باشد . کیستهای نیوپلاستیك پانکراس نسبتاً نادر می باشد .

۲ - کیست های کاذب پانکراس (Pseudo cyst) .

کیستهای کاذب پانکراس عبارت از کیستهای اند که حاوی یك غشای لیفی یا فیبروز بوده و مملو از یك تجمع عصاره پانکراسی (با ویا بدون علقات خون) ، حجرات نکروتیك و

یا التهابی پانکراس میباشد . این کیستها اکثراً یك جوفی بوده و در خذای جوف صغیر پریتوان (lesser sac) توضع دارد لاکن بعضاً می تواند در بین پانکراس ، مساریقه کولون مستعرض ، ثرب کبیر و بصورت نادر در خلفِ پانکراس و یا منصف نیز بوجود آید . رنگ مایع داخل کیست پانکراس شفاف و بدون رنگ بوده اما نظر به مقدار خون و حجرات نکروتیك میتواند نصواری و یا سبز تاریك باشد .

ایتولوژی

اسباب کیست کاذب پانکراس عبارتند از :

۱ - به تعقیب التهاب حاد پانکراس (۷۵٪)

۲ - به تعقیب ترضیضات (۲۵٪) .

باید گفت که نیوپلازم، پرازیت ها وتثقب قرحات خلفی معده نیز از جمله اسباب نادر مرض بشمار رفته و مرض زیاد تر در مردان و درد هه چهارم و پنجم حیات مشاهده میشود زیرا درایجاد مرض، پانکریاتیت از باعث الکولیزم نظر به سنگهای صفراوی رول بیش تردارد.

تظاهرات سریری

اعراض سریری کیست کاذب پانکراس عبارت از درد های دوامدار بطنی ، تب و فلج امعا (ileus) میباشد که ۲-۳ هفته بعد از حمله پانکریاتیت حاد و یا ترضیض پانکراس ظاهرمیگردد.

درد در ناحیهL.U.Q و یا ناحیه اپی گاستریك توضع داشته و بعضاً بطرف خلف انتشار می نماید و از جمله مهم ترین عرض مرض بشمار میرود .

دلبدی ، استفراغ ، بی اشتهائی وضیاع وزن در ۲۰٪ مریضان مشاهده شده و نادرا نزف معدی معائی از باعث فشار کتله بالای ورید باب و تشکل واریس بوقوع میرسد و در صورت فشار بالای قنات صفراوی یرقان ظاهر میگردد .

با معاینه فزیکی در ۷۵ ٪ مریضان کتله بزرگ ، مدورو ثابت در قسمت علوی بطن دریافت شده که اکثراِ بدون درد میباشد . تحرکیت کتله نظر به شدت عکس العمل التهابی

محیط کیست و تثبیت ان با احشای مجاور فرق می نماید . جسامت کتله بعضاً تغیر کرده که ممکن علت آن درنیناژ قسمی کیست در قنوات پانکراسی باشد . بعضاً کتله مذکوربکلی از بین رفته که این حادثه ممکن مربوط به رشف مقدار کم مایع ، ثرب کبیر و پانکراس ضخاموی به تعقیب خاموش شدن و تیره التهابی باشد .

معاینات متممه و لابراتواری در تشخیص مرض عبارتند از :

۱ - بلند بودن سویه امیلاز سیروم .

۲ - اجرای Barium meal که در این معاینه معده توسط یك کتله خارجي بعلوي و قدام رانده شده و در صورتیکه کیست کاذب توضع علوی داشته باشد انحنی صغیر معده هموار و پهن میگردد. در صورت توضع کیست در حذای راس پانکراس،چوکات اثناعشر متوسع شده و اماله باریوم بی جاشدگی کولون مستعرض را به سفلی نشان میدهد .

۳ - التراسنوگرافی که در تشخیص مرض یك معاینه با ارزش میباشد .

٤ - Retrograde indoscopic canulationقنات پانکراس که ممکن بندش قنات ویرسونگ و یا extravasation مواد ملونه را بداخل کیست نشان بدهد .

٥ - Computerised axial tomographyیك میتود بسیار خوب در تعین توضع کیست میباشد.

٦- معاینه خون که اکثراً Leucocytosis را نشان میدهد .

تداوی

تداوی کیستهاي حقیقی پانکراس عبارت از برداشتن انها توسط مداخله جراحی می باشد.

تداوی کیستهای کاذب پانکراس نظر به اینکه کیست حاد و یا مزمن میباشد فرق کرده که نوع اول اکثراً به تعقیب حمله پانکریاتیت حاد بوجود میاید و ۲۰ -٤٠ ٪ آنها بدون تداوی رشف میگردد بناً در صورتیکه منتن نشده باشند باید در هفته های اول بعد از تشخیص هیچگونه عملی صورت نگیرد و معاینات متکرر التراسونوگرافی راجع ارتقا و یا رشف کیست کمك می نماید .

تداوی جراحی زمان استطباب دارد که کیست منتن گردد یا کیست برای ۲-۳ ماه موجود

باشد و یا قطر بیش تر از ٦ سانتی متر داشته باشد و این تداوی عبارتند از:

١ - دریناژ خارجي یا external drainage (Mursupialisation).

٢ - دریناژ داخلی یا internal drainage که شامل cystgastrostomy ،cystduodenostomy و یا cystjejunostomy roux-Y می باشد .

٣ - ریزکشن یك قسمت پانکراس که کیست کاذب را در بر می گیرد .

باید گفت که هرگاه کیست کاذب پانکراس تداوی نشود میتواند به انتانات ثانوی انسداد طرق صفراوی اساسی و اثناعشر ، نزف شدید ، وانشقاق در احشای مجاورو یا جوف پریتوان معروض گردد.

تومور های پانکراس

تصنیف - این تومورها بدو گروپ یعنی سلیم و خبیث تقسیم میگردد.

١ - تومور های سلیم پانکراس .

الف - ادینوما (adenoma)

ب - سیست ادینوما (cystadenoma)

ج - تومور حجرات جزیرات پانکراس.

١ - تومور Zollinger-Ellison (non beta cell tumour).

٢ - Insulinoma (beta cell tumour) .

٢ - تومور های خبیث پانکراس . این تومورها نیز بنوبه خویش بدو نوع میباشند

الف - توهای مورها خبیث ابتدائی.

- کارسینوما.
- سیست ادینو کارسینوما.
- تومور خبیث حجرات جزیرات پانکراس .

ب - تومور خبیث ثانوی . که از تومور های معدوی و قنوات صفراوی منشه میگیرند.

تومور های حجرات جزیرات پانکراس (Islet cell tumour)

این تومور ها گر چه نادر اند اما نسبت تا ثیرات میتابولیك خویش دلچسپ میباشند

گاهی مرض با ادینوما های متعدد اندوکرین که قسمت قدامی غده نخامیه و پاراتایراید را مصاب میسازد بصورت مترافق مشاهده مي شود .

تومور Zollinger-Ellison - این تومور که به گمان اغلب از حجرات A (الفا) منشه میگیرند ممکن سلیم و یا خبیث باشند که نوع اخیر الذکر نشو ونمای نسبتاً بطی داشته لاکن باوجود آن باعث میتاستاز کبدی شده میتواند این تومورنسبت افراز ماده شبیه گاسترین در خون باعث افراز نهایت زیاد Hcl معدوی شده و نزد مریض اسهال موجود میباشد که علت آن واضح نبوده و ممکن اسید باعث تنبیه امعاء رقیقه شود همچنان نزد این مریضان قرحات حاد پیپتیك بوجود آمده که بعد از اجرای عملیه جراحی gastrectomy و یا Vagotomy با دریناژ به سرعت عود مینماید

تداوی

تداوی مرض عبارت ازبرداشتن تومور توسط مداخله جراحی میباشد و در صورتیکه ناممکن باشد افرازات زیاد اسید معدوی توسط Histamine H_2 receptor antagonist (cimetidine و Ranitidine) کنترول شود و هرگاه این تداوي موثر واقع نگردد Total gastrectomy اجرا گردد .

انسولینوما (تومور حجرات بیتا جزیرات پانکراس)

این تومور در ۹۰ ٪ وقایع سلیم و در ۱۰ ٪ خبیث بوده و تومور تقریباً در ۱۰ ٪ مریضان متعدد میباشد .

نزد این مریضان نسبت افراز زیاد انسولین توسط تومور دو گروپ اعراض هیپوگلیسمیك ممکن مشاهده شود :

۱ - تظاهرات سیستم عصبی مرکزی (CNS phenomena) که عبارتند از :ضعیفی عرق .. لرزش ، صرع ، اختلال شعور، Hemiplegia و با الاخره کوما که ممکن کشنده باشد .

۲-تظاهرات معدی معائی (Gastrointestinal phenomena) که عبارتند از گرسنگي درد بطن و اسهالات . این اعراض باالخصوص در زمانیکه مریض گرسنه باشد ظاهر شده و اکثراً صبح وقت قبل از ناشتا ظاهر میگردد و با گرفتن غذا اعراض رفع میشود . علامه سه گانه Whipple (Whipple triad) که برای مرض و صفی میباشد عبارتند از :

۱ -حمله مرض در اثر گرسنگی و فاقگی بروز می نماید.

۲ - در اثنای حمله مرض Hypoglycemia موجود می باشد .

۳ - حمله مرض با گرفتن شکر از طریق فمی و یا وریدی بر طرف میگردد .

تشخیص مرض با اجرای تست تحمل گلوکوز (Glucose tolerance test) که Hypoglycemia را نشان هیدهد وضع شده تست باید چندین ساعت ادامه داده شود زیرا ۸ - ۱۰ ساعت فاقگی لازم است تا hypoglycemia بوجود اید .

تداوی مرض برداشتن تومور توسط عملیه جراحی است .

کارسینو مای پانکراس

کارسینومای پانکراس یکی از پنج کانسر بسیار معمول در کشور انگستان بوده که سالانه ۱۲ نفر را در هر صد هزار نفر مصاب میسازد و وقوعات ان در طول ۲۰ سال گذشته دراین کشور دوچند شده که این از دیاد ممکن از یکطرف مربوط به تشخیص درست مرض در این اواخر واز طرفی مربوط به افزایش مرض باشد . مرض تقریباً مرد و زن را بصورت مساویانه مصاب ساخته (نسبت مرد و زن ۱:۱.۰۳) و اکثراً در اشخاص مسن مشاهده می شود چنانچه نصف تمام مریضان سن بالا تر از ۷۰ سال دارند .

پتولوژی و ایتولوژی

کارسینومای پانکراس در ۶۰٪ وقایع در حذای راس در ۲۵ ٪ وقایع درحذای جسم و در ۱۵٪ وقایع در قسمت زنب پانکراس توضع دارد .

۱/۳ تومور راس پانکراس را تومور ناحیهperiampullary تشکیل داده که از امپول واتر ، مخاط اثناعشر ، و یا از نهایت سفلی قنات صفراوی اساسی منشه میگیرد در حالیکه

پیلور میباشد. علل واسباب دیگرتضیق پیلور در کاهلان کمتر مشاهده شده و عبارت اند از ضخامه پیلور در نزد کاهلان ، قرحات سلیم نزدیك پیلور معده که مترافق با ندبه باشد، اشغال شدن پیلور توسط عقدات لنفاوی خبیثه ویا ارتشاح این ناحیه توسط کارسینومای رأس پانکراس.

تشخیص تفریقی تضیق پیلور با کارسینوما ناحیه پیلورقبل از لپراتومی امکان ناپذیر بوده با وجود آنهم نقاط ذیل در تشخیص تفریقی مد نظر باشد.

۱ - طول تاریخچه مرض - موجودیت یك تاریخچه چندین ساله درد وصفی قرحه پیپیتك دلالت به سلیم بودن قرحه کرده در حالی که کانسر اکثراً تاریخچه کوتاه چند ماهه دارد و بدون درد است.

۲ - توسع زیاد معده دلالت به آفت سلیم کرده زیرا برای ایجاد این توسع مدت زیاد یعنی چند سال لازم است.

۳ - موجودیت کتله در ناحیه پیلور دلالت به آفت خبیثه کرده و بخاطر باشد که در قرحات بزرگ اثناعشری نیز ممکن نادراً کتله التهابی جس گردد.

تـــــــداوی

تداوی انسداد پیلور در مرحله تاسس مرض جراحی بوده و قبل از عملیات باید ضایعات آب و الکترولایت ها با تطبیق محلولات نمکی و پوتاسیم از طریق وریدی اصلاح گردد و معده توسط سند انفی معدی که دارای سوراخ های بزرگ باشد برای مدت چهار تا پنج روز تخلیه و شست و شو گردد تا وظایف معدوی و جذب آب بهتر گردد. علاوتاً عذای مایع غنی از پروتین و ویتامین ها بالخصوص ویتامین C به مریض توصیه شود.

عملیات انتخابی که چند روز بعد از آماده ساختن مریض برای عملیات صورت میگیرد عبارت از گاستریکتومی قسمی نوع Polyà ویا واگوتومی با دریناژ می باشد که عملیات آخری ترجیح داده میشود. باید گفت که در مریضان بسیار مسن و ضعیف میتوان صرف به اجرای گاستروژیژونوستومی اکتفا کرد.

$\frac{3}{4}$ باقیمانده در خود راس پانکراس قرار دارد .

از نظر ماکروسکوپیك تومور ارتشاحي (infiltrating) سخت و غیر منظم میباشد .

از نظر میکروسکوپیك به انواع ذیل می باشد :

۱ - تومور افراز کننده مخاط (Mucus secreting) که منشه قناتی دارد .

۲ - تومور غیرافرازکننده مخاط (non mucus secreting)که منشه acinar دارد.

۳ - تومور غیر قابل تفریق (undifferentiated).

٤ - cystadenocarcinomaکه نادر است (۱٪) .

مطالعات اپید یمولوژیك یك ارتباط ضعیف را به مقایسه کانسرریه ، بین کانسر پانکراس و سگرت نشان داده همچنان غذاهای غربی که غني از پروتین و شحم اند نیز ممکن در تولید مرض رول داشته باشد . شواهد در مورد ازدیاد شیوع مرض نزد اشخاص الکولیك موجود نبوده لاکن مرض در مصابین پانکریاتیت مزمن کمی بیش تر مشاهده میشود

انتشار مرض

۱ - انتشار مستقیم - در صورت اشغال شدن قنات صفراوی اساسی (CBD) باعث یرقان احتباسی و در صورت اشغال شدن اثناعشر نزف مخفی و یا آشکار را سبب می شود اشغال شدن ورید باب باعث فرط فشار باب و حبن شده و اشغال شدن ورید اجوف سفلی اذیمای اطراف سفلی را بار مي آورد .

۲- انتشار از طریق لمفاوی - در اینصورت تومور میتواند به عقدات لمفاوی مجاور و عقدات سویق کبدی انتشار نماید .

۳ - از طریق دموی - تومور از طریق دموی میتواند به کبد و بعداً به ریه انتشار نماید .

٤ - انتشار Trans coelomic - در اینصورت تومور در پریتوان غرس شده و باعث تولید حبن میگردد.

تظاهرات سریری

کارسینومای پانکراس میتواند به اشکال مختلف ذیل تظاهر نماید :

۱ - یرقان احتباسی روبه افزایش (Progressive) بدون درد که در کتاب های کلاسیك درسی از آن ذکر شده و این شکل مرض بصورت نسبی غیر معمول می باشد و نسبت تجمع نمکهاي صفراوی در خون مترافق با خارش است . یرقان اکثراً آنقدر پیش میرود که رنگ جلد مریض را سبز میسازد . این شکل مرض اکثراً از باعث تومور نوع periampullary بوجود امده و قنات صفراوی بصورت مقدم قبل از اینکه انساج مجاور و سیعاً اشغال و باعث تولید درد گردد تحت فشار قرار میگیرد .

۲ - درد - حد اقل ۵۰٪ مریضان درد مبهم ،گنگ و دوامدار ناحیه اپی گاستریك دارد . این درد اکثراً قبل از بروز یرقان وجود داشته و به خلف انتشار دارد موقعیت درد نظر به توضع تومور فرق کرده و میتواند بطرف راست و یا چپ ناحیه اپي گاستریك باشد توضع درد در خلف از باعث اشغال شدن اعصاب خلف پانکراس ، انسداد قنات پانکراسی و ستاز پانکراس میباشد .

۳ - یرقان در ۲/۳ مریضان کانسر راس پانکراس موجود بوده و ممکن در صورت توضع تومور در حذای جسم و زنب پانکراس نیز از باعث فشار عقدات لمفاوی خبیثه بالای طرق صفراوی و یا میتاستاز کبدی مشاهده شود . بخاطر باشد که یرقان میتواند بصورت استثنائی از باعث نکروز تومور بصورت موقتی تخفیف و یا بکلی ازبین برود.

۳ - دیابیت - ظاهر شدن ناگهانی گلوکوز در ادرار در یك شخص مسن ممکن از باعث تومور پانکراس باشد .

۵ - Thrombophlebitis migrans یا مهاجرتی - دلالت به کانسر پانکراس کرده که بصورت بنفسیه در اورده سطحی مشاهده می شود این ترومبوفلیبیت با ظاهر شدن نواحی دیگر از بین رفته و سبب آن نامعلوم میباشد .

٦ - تظاهرات عمومی امراض خبیثه این تظاهرات عمومی عبارت از بی اشتهائی و ضیاع وزن میباشد .

در معاینه اکثر مریضان یرقانی بوده و ۵۰٪ انها حویصل صفرای قابل جس دارند (Courvoisier,s law) و در صورت بزرگ بودن تومور ممکن کتله در ناحیه اپی گاستریك جس گردد . کبد اکثراً ضخاموی بوده که ممکن علت ان احتباس صفرا از باعث انسداد طرق

صفراوی (billary cirrhosis) و یا میتاستاز کبدی باشد .

(جدول (٦)) تظاهرات سریری کارسینومای پانکراس را میتوان درجدول ذیل خلاصه کرد.

اعراض	امپول واتر (٪)	راس و عنق (٪)	جسم و زنب (٪)
ضیاع وزن	٦٢	٨٣	٧١
درد	٣٨	٤٨	٩٠
یرقان	٧٧	٦٥	.
یرقان بدون درد	٤٦	٢٧	.
بی اشتهائی	٦٩	٤٤	٥٢
ترومبوفلیبیت	٨	٨	٩.٥

معاینات خصوصی و متممه

قبل از اینکه معاینات خصوصی را مطالعه نمائیم باید گفت که بعضاً این معاینات حتی در مراحل پیش رفته مرض با الخصوص در صورت توضع تومور در حذای جسم و زنب پانکراس می تواند منفی باشد .

١- Barium meal- این معاینه ممکن وسیع شدن چوکات اثناعشر را بانقص امتلا (filling defect) و یا غیر منظم شدن انرا از باعث اشغال شدن اثناعشر توسط تومور نشان دهد (علامه 3 معکوس یا The reversed 3 sign) .

٣ - سیروم امیلاز که نادراً از حد نارمل بلند میرود .

٤ -در صورت موجودیت یرقان تغیرات بیوشیمیك یرقان احتباسی دریافت میگردد.

٥ - CT scaning والتراسونوگرافی ممکن تومور را نشان بدهد.

٦ - Fine needle biopsy که تحت کنترول Imagingاجراء میگردد همچنان تومور ناحیه امپولا را میتوان به کمك دودینوسکوپ فیبر اوپتیك مشاهده و از آن بیوپسی اخذ کرد

تشخیص تفریقی

مرض باید باسایریرقان احتباسی ودردهای علوی بطن تشخیص تفریقی شود. به خاطرباشد که تشخیص کارسینومای جسم و زنب پانکراس نسبت عدم ایجاد یرقان مشکل بوده و چون معاینات لابراتواري وX.ray نیز اکثراً منفی است بناً این مریضان ممکن نوروتیك تلقی شوند.

تـــــداوی

هرگاه یرقان موجود باشد قبل از عملیات و یتامین K تطبیق شود و در اثنای عملیات از بیوپسی باز (Open biopsy)خود داری شود زیرا احتمال فیستول پانکراسی میرود لاکن needle biopsy را میتوان از طریق جدار قطعه دوم اثناعشر اجراء کرد . و در صورتیکه تومور قابل عملیات باشد راس پانکراس با اثناعشر برداشته مي شود (Pancreatoduodenectomy). تومور های کوچك ناحیه ampullary- رامیتوان از طریق یك شق کوچك دراثناعشر بصورت موضعی برداریم .

کارسینومای پانکراس در زمان تشخیص نسبت پیش رفته بودن آفت در اکثر وقایع غیر قابل عملیات بوده و در این مرحله میتوان بمنظور رفع یرقان یك تداوی palliative را به شکل short circuit بین حویصل صـــفراوی متوســـع و عروه، ژیژیـــــنوم (cholecystojejunostomy) انجام داد . گاهی بعد از این تداوي مریض برای مدت طولانی زنده مانده که در چنین موارد لازم است تا در تشخیص تفریقی مرض از پانکریاتیت مزمن تجدید نظر و اطمینان حاصل گردد .

انذار مرض

انذار مریضان کارسینومای پانکراس حتی در صورت قابل برداشت بودن تومور تاریك بوده و عملیات ۱۰٪ و فیات دارد و یك فیصدی کم مریضان برای مدت ۵ سال زنده می مانند . کارسینومای ناحیه periampullary که بصورت مقدم ظاهر میگردد دارای انذار نسبی خوب بوده و ۲۵٪ این مریضان بعد از عملیات برای مدت ۵ سال زنده مي مانند .

فصل دهم

طحال

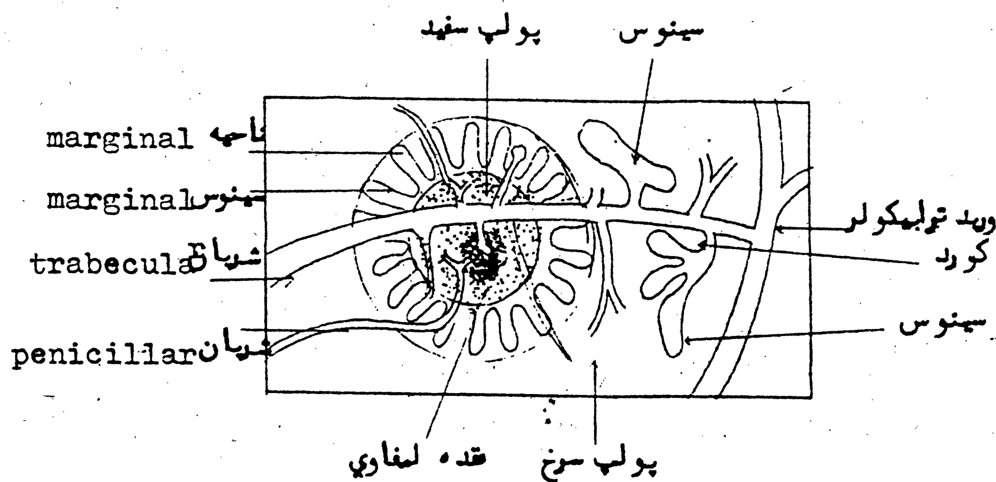
طحال در رشیم ۸ ملی متر توسط یك نسج قابل تفریق mesenchymal در کنار چپ mesogastrium خلفی بوجود آمده و در یك شخص نارمل ۱۰۰-۱۵۰ گرام و زن دارد . از نظر موقعیت خلفاء بین غور معده و حجاب حاجز در امتداد ضلع دهم قرار داشته و باغده فوق الکلیه ، قطب علوی کلیه ،پانکراس و زاویه کولونی طحالی در مجاورت است .

طحال در مقطع از نواحی بنام pulp سرخ تشکیل شده که در بین آن عقدات بیضوی شکل خاسف به قطر یك ملی متر بنام pulp سفید (اجسام Malpighian) قرار دارد . شریان طحالی در حذای ثره طحال به شعبات تقسیم شده که این شعبات در امتداد -Trabi cule طحالی سیر داشته و این شرائین Trabicular بعدا داخل پول سفید شده و در آنجا یکتعداد شعبات عمودی به جذع شریان میدهد که پلازما در این شعبات شریانی زیاد تر بطرف پولپ سفید سیر کرده در حالیکه اکثر کریوات سرخ از طریق شریان Trabicular به پولپ سرخ عبورمی نماید . پولپ سفید دارای وظایف معافیتی بوده بر خلاف پولپ سرخ کریوات سرخ غیر نارمل دوران را فلتر می نماید . باید گفت که عملیه Phagocytose پارچه های تولید شده در خون در هر دوناحیه فوق صورت میگیرد .

پولپ سفید متشکل از شریان مرکزی Trabicular میباشد که این شریان توسط عقدات لمفاوی با مراکز Germinal و شیت های محیط شریانی احاطه شده که اخیر الذکر باعث تولید ساختمانهای مملو از لمفوسیت ها و ماکروفاژها میگردد . در خافه پولپ سفید یك قسمت بنام Marginal zone قرار دارد که در ان شـــرائین از شـــریان مرکزی و محیطـی

(pinicillar) عبور کرده و خون غنی از پلازما زمانیکه از عقدات لمفاتیك مرکزی میگذرد در حذای سینوس های ناحیهMarginal فلتر و تصفیه شده و پارچه تولید شده در خون بلع میگردد و immunoglobuline تولید شده در عقدات لمفاتیك از طریق سینوس مارژینل داخل دوران میگردد . انسوی ناحیه marginal پولپ سرخ قرار دارد که متشکل از کورد و sinuses میباشد و از طریق شریان trabicular خون مشبوع از حجرات از مرکز پولپ سفید به کورد پولپ سرخ عبور و برای اینکه کریوات سرخ خون از کورد به سینوس عبور نماید باید کریوات مذکور طویل و باریکتر شوند که این حادثه باعث فلتر خون از حجرات دارای اشکال غیر نارمل و rigid میگردد.

۹۰٪ خون طحالی از یك دوران باز که در آن جریان خون از شرائین به کورد و از انجا به جیوب میباشد عبور می نماید بنابراین فشار پولپ طحال باعث تغیر فشار سر تا سر خون ورید باب میگردد ۱۰ ٪ خون باقیمانده ، کورد و جیوب طحالی را توسط ارتباط شریانی وریدی bypass مینماید . سرعت جریان خون در طحال ۳۰۰ ملی لیتر فی دقیقه است یا بعباره دیگر روزانه تقریباً ۳۵۰ لیتر خون از سرتاسر طحال طبعی عبور می نماید.



شکل ۷۴- مقطع طحال و ساختمانهای اناتومیك آن

وظایف طحال

طحال برای ادامه حیات یك عضو اساسی و ضروری نبوده و با معاینه سریری تاثیرات ناشی از برادشتن طحال اشکار شده نمی تواند . رول طحال در مورد سلامتی و امراض بصورت مکمل واضح نشده با وجود آنهم وظایف ذیل طحال فهمیده شده است :

١ - عکس العمل مقابل انتی ژن و تولید انتی بادی .

٢ - تخریب کریوات سرخ دارای اشکال غیر نارمل و rigid

٣ - Phagocytosis اجسام اجنبی

٤ - ذخیره Platelet

٥- تولیدErythrocyte ها.

ضخامه طحال

(Splenomegaly)

علایم فزیکی - برای اینکه طحال قابل جس از نظر سریری شود باید تقریباً سه مراتبه بزرگتر از حالت طبعی گردد . در این حالت طحال یك کتله متورم را می سازد که از حافه ضلعی چپ پائین آمده با تنفس متحرك و حافه سفلی آن سخت و ممکن دارای فرورفتگی باشد . این کتله با قرع اصمیت داشته و اصمیت مذکور از حافه ضلعی علوي ترتقادی دارد .

تشخیص تفریقی splenomegaly با دو حالت ذیل دارای اهمیت میباشد :

١ - با کلیه بزرگ طرف چپ - در صورتیکه کلیه خیلی بزرگ نشده باشد نسبت قرار گرفتن کولون پر از گاز در قدام ان با قرع طبلیت نشان میدهد .

٢ - باکارسینومای ناحیه کاردیا ویا قسمت علوی جسم معده - هر گاه تومور معده قابل جس باشد اعراض انسداد معده نیز اکثراً موجود بوده که بدین ترتیب در تعین توضع آفت کمك میکند .

تصنیف – splenomegaly را میتوان قرار ذیل تصنیف کرد :

۱ – انتانات .

الف – ویروسها مانند glandular fever.

ب–باکتریها مانند septicaemia, typhoid, typhus (septic spleen).

ج –پورتوزوائی مانند ملاریا Schistosomiasis ,Egyptian splenomegaly Kala-azar

پرازیتیک مانند کیست هیداتیك

۲ – امراض Haemapoietic مانند Leukaemia مرض Hodgkin,s لمفوما Polycythaemia, Pernicious anaemia یرقان acholuric myelosclerosis.

۳ – فرط فشار باب .

٤ – امراض میتابولیك وکولاژن مانند Still,s disease ، Gaucher.s diseases ، Felty syndrome amyloid .

۵ – سیستها ، ابسی ها و تومور طحال ، که همه نادر اند .

دو نکته ذیل از نظر سریری دارای ارزش پراکتیك میباشد :

۱ – در کشور انگستان splenomegaly شدید و کتلوی ممکن ناشی از امراض از قبیل leukaemia مزمن Polycythaemia, reticulosis و یا فرط فشار باب باشد .

۲ – هرگاه طحال قابل جس باشد باید توجه خاص دردریافت ضخامه کبد و لمف ادینو پاتی نیز به عمل آید.

برداشتن طحال (Splenectomy)

splenectomy در حالات ذیل استطباب دارد :

۱ – تمزق طحال در اثر ترضیضات باز و یا بسته و یا ماوف شده طحال در اثنای جراحی بصورت تصادفی.

۲ – Splenectomy میتواند به قسم یك جزبعضي عملیه های دیگر جراحی بطنی

مانند برداشتن جذری کارسینومای معده و انستموز Splenorenal اجراء شود .

۳-در امراض خون مانند انیمی هیمولیتیك Thrombocytopenic purpura.

٤ - در تومور ها و کیست های طحال .

چون اجرایsplenectomy باعث تنقیص مقاومت عضویت در مقابل انتانات می گردد بناً در اجرای ان بالخصوص در وقایع ترضیضی باید بسیار محافظه کار بود چنانچه اجرای splenectomy در اطفال میتواند مترافق با انتانات شدید بخصوص پنوموکوك باشد لذا نزد این اطفال باید جهت تولید معافیت قبلاً و اکسین ضد پنوموکوك تطبیق شود و از طریق فمی پنسیلین برای یك مدت طولانی بصورت وقایوی توصیه گردد .

تمزق طحال

(Rupture of the spleen)

تمزق طحال از شایع ترین جروحات داخل بطنی است که در اثر هر نوع ترضیض بطنی مخصوصاً ترضیض مستقیم ناحیه هیپوکاندر چپ بوجود آمده میتواند . تمزق طحال اکثراً به تنهائی مشاهده شده لاکن میتواند با کسور اضلاع ، تمزق کبد ، کلیه چپ حجاب حاجز و زنب پانکراس مترافق باشد .

تظاهرات سريري

تمزق طحال چهار نوع لوحه سریری را بار میاورد :

۱ - نزف کتلوی با مرگ آنی از باعث شاك . این حادثه از متلاشی و پارچه شدن مکمل طحال و یا جدا شدن ان از حذای سویق وجود آمده و ممکن در ظرف چند دقیقه باعث مرگ گردد که خوشبختانه نادراً مشاهده می شود .

۲ - اعراض و علایم روبه ازدیاد ضیاع خون و تخریش پریتوانی که چند ساعت بعد از ترضیض مشاهده میگردد.

علایم عمــــومی

نزف داخلی متغیر بوده و مهمترین آنها عبارت از خسافت روبه ازدیاد تسرع نبض ،

سقوط فشار خون ، Sighing respiration و ناراحتی میباشد .

علایم موضعی عبارتنداز:

الف - حساسیت و تقلصیت بطن که در اضافه تر از ۵۰٪ وقایع موجود بوده و مخصوصاً در هیپو کاندر چپ بیش تر میباشد .

ب - Ecchymose و حساسیت موضعی در L.U.Q بطن .

ج - انتفاخ بطنی که سه ساعت بعد از ترضیض بوجود آمده و علت آن تخریش پریتوان و ایجاد Ileus از باعث نزف داخل پریتوانی میباشد .

د - Kehr's sign که عبارت از انتشار درد به شانه چپ بوده و ممکن در ناحیه یك فرط حساسیت دریافت گردد و برای دریافت این علامه پاهای بستر مریض بلند شده و بعد از ۱۵ دقیقه در اثر تماس خون با حجاب حاجز و تخریش آن ، درد به شانه چپ انتقال می یابد .

هـ - Shifting dullness در نواحی flank اکثراً موجود بوده و Ballance's در تقریباً ۲۵٪ وقایع (+) میباشد یعنی در تمزقات طحال اصمیت درهردو ناحیه flank دریافت شده که اصمیت مذکور نسبت موجودیت خون تازه و سیال در طرف راست با تغیر و ضعیت مریض فرق کرده درحالیکه در طرف چپ نسبت موجودیت خون علقه شده در مجاورت طحال پاره شده ثابت باقی می ماند .

و- معاینه مقعدی که نسبت موجودیت خون ویا خون علقه شده اکثراً حساسیت و موجودیت تورم را در جوف دو گلاس نشان میدهد .

با وجود علایم فوق هر گاه خون بصورت دوامدار از اوعیه سطحی طحال پاره شده ضایع گردد تشخیص مشکل بوده که البته تحت مشاهده قرار دادن مریض ، مملو بودن قسمت علوی بطن ، حساسیت خفیف بالخصوص تنقیص output ادرار با وجود تطبیق مقدار کافی مایعات ، توجه را بطرف تمزق طحال معطوف میسازد .

۳ - تمزق موخر طحال - که ممکن چند ساعت و یا چند روز (۱۵ روز و یا بیش تر) بعد از ترضیض مشاهده شود . در این شکل مرض به تعقیب ترضیض ابتدائی درد موجود بوده که بزودی رفع و بعد از یك دوره کاملاً بدون اعراض و خاموشی، اعراض و علایم تمزق طحال ظاهر میگردد . اینوع تمزق از باعث هیماتوم تحت کپسول طحال بوجود امده که در نتیجه هیمولیز

تضیق Hourglass معده

تضیق قسمت متوسط معده که در حال حاضر نادر میباشد کاملاً منحصر به طبقهء اناث بوده و دراین اختلاط معده در اثر فیبروز و ندبه قرحه قسمت متوسط انحنای صغیر به دو قسمت تقسیم میگردد که نادراً کارسینومای معده نیز سبب این حادثه میگردد. اعراض و علایم آن مانند تضیق پیلور بوده و تداوی آن گاستریکتومی قسمی میباشد.

نزف قرحات پیپتیک

نزف قرحات اثناعشری ویا معدوی میتواند بشکل Hematemesis ویا melaena و یا بعضاً هردوی آن تظاهر نماید. در این جا باید گفت که اسباب نزف قسمت های علوی طرق معدوی معایی زیاد بوده و نظر به کثرت وقوعات قرار ذیل اند:

قرحات پیپتیك - که تقریباً ۹۰٪ نزف معدی اثناعشری را تشکیل داده و ممکن علت آن قرحات حاد معده، اثناعشر ، تخریشات متعدد معده (multiple gastric erosions) و یایك قرحه مزمن باشد گاهی قرحه ناحیه انستموتیك بتعقیب گاسترو انتروستومی باعث نزف شده و نادراً hiatus hernia ویا قرحه مترافق یا فتق مذکور سبب نزف را می سازد.

فرط فشار باب - از باعث واریس مری سبب نزف شده میتواند.

حساسیت مقابل ادویه - اسپرین و ادویه های دیگر میتوانند از باعث تخریشات حاد باعث نزف شوند. همچنان کورتیکوستروئید ها در اثر نهی التیام نارمل باعث تشدید نزف دریك قرحه شده میتواند.

تومور های معده - سبب نزف شده که تومور های سلیم معده مانند Leimyoma و angioma باعث نزف فروان شده در حالیکه در تومور های خبیث معده نزف کم ورنگ خون تغییر کرده و استفراغات برنگ قهوه یی (coffe ground) میباشد.

آفات خون (Blood dyscrasia) -thrombocytopenia, Hemophilia- و reticulosis همه باعث نزف معدوی شده میتواند

Toxaemia و Septicaemia - باعث قرحه و نزف مخصوصاً بعد از یوریمیا و سوختگی شدید شده میتواند

حجم آن زیاد و با الاخره بعد از تمزق کپسول نازك پریتوانی نزف انی و شدید بوجود میاید .
٤ - تمزق بنفسیه طحال - طـــحال مرضي از باعث ملاریا ، glandular fever،
leukaemia و غیره ممکن بعد از ترضیضات خفیف و جزئی به تمزق معروض شود .

معاينات خصوصي - تمزق طحال را میتوان توسط معاینه سریری تشخیص کرد لاکن در صورت مشکل بودن تشخیص و همچنان جهت تشخیص افات مترافقه می توانیم از معاینات ذیل استفاده کرد :

١ - معاینه التراسوند - که یك معاینه انتخابی در تشخیص تمزق طحال بوده و یك هیماتوم در محیط طحال مشاهده میشود و در صورتیکه هیماتوم تحت کپسولی موجود باشد جسامت طحال در معاینه متکرر التراسوند تغیر مي نماید .

٢ - رادیوگرافی - در کلیشه ساده رایوگرافی قسمت علوی بطن ، طحال نارمل یك خیال با حدود منظم داده اما در وقایع که طحال تمزق کرده باشد علایم رادیولوژیك ان عبارت است از:

١ - از بین رفتن خیال طحال در کلیشه رادیوگرافی .
٢ - از بین رفتن خیال عضله پسواس.
٣ - دندانه دار شدن حباب های هوائی طرف چپ معده .
٤ - کسریك یا چند ضلع سفلی طرف چپ (که در ٢٧٪ وقایع مشاهده می شود).
٥ - بلند رفتن حجاب حاجز طرف چپ .
٦ - موجویّت مایع آزاد در بین عروات معائی مملو از گاز.

٣ - CT scan که یك معاینه دقیق در تمزق طحال بوده توسط این معاینه میتوانیم در صورت مشکوك بودن تشخیص ، تمزقات کوچك تا ٥ ملی متر طحال را نیز تشخیص کرد.

٤ - معاینه ادرار - در صورت موجودیت هیماتوری دلالت به ترضیض کلیه مي نماید .

تداوی

در تمزق طحال بعد از شروع نقل الدم لپراتومی اجراء شده هر گاه طحال پارچه و متلاشی

شده و یا از حذای سویق جدا باشد ایجابsplenectomy عاجل رامینماید و درصورت تمزق کوچك طحال کوشش شود تا طحال نسبت خطر septicaemia بعد از splenectomy مخصوصاً دراطفال، اشخاص کاهل وجوان با گذاشتن خیاطه های ظریف و یا گاز هیموستاتیك قابل رشف حفظ گردد.

بعد از کنترول هیموستاز باید تفتیش دقیق براي دریافت آفات سایر احشاء اجرا گردد و انتی بیوتیك به شکل محافظوی برای یك مدت طولانی توصیه شود .

فصل یازدهم

پریتوان

پریتوان بدو قسمت تقسیم شده است :پریتوان حشوی و پریتوان جداری .

پریتوان حشوی احشای داخل بطنی را پوشانده در حالیکه پریتوان جداری باقي مانده قسمت جوف پریتوان را مي پوشاند . پریتوان جداری غنی از اعصاب بوده و تخریش ان باعث یك درد شدید و موضعی در ناحیه ماوفه میگردد . بر خلاف پریتوان حشوی از نظر تعصیب فقیر بوده و درد ناشی از آن مبهم و بصورت درست در یك ناحیه موضعی نمی باشد .

فزیولوژی جراحی - جوف پریتوان بزرگترین جوف بطن بوده و غشای که این جوف را پوشانده سطح ان تقریباً مساوی جلد بدن میباشد .پریتوان یك غشای مصلی شبکه مانند است که از یك طبقه حجرات مسطح polyhydral که بالای یك طبقه نارك انساج فیبرو الاستیك قرار دارد تشکیل شده و بدین ترتیب این دوطبقه حجرات پریتوان را میسازد . این غشا در قسمت تحتانی خویش توسط یك مقدار کم انساج areolar تقویه شده که در این ناحیه یك شبکه از اوعیه لمفاوی و تعداد زیادی ضفیره شعری اوعیه دموی قرار دارد و از طریق آن جذب و exudatiom صورت میگردد .

غشای مذکور جهت سهولت لغزش احشای متحرك بطنی یك مقدار مایع چسپناك برنگ زرد خاسف حاوي lymphocytes و polymorphs افراز نموده کثافت مخصوصه محتوی داخل بطنی تقریباً ۱۰۰۰ میباشد . احشای متحرك مملو از گاز نظر به وضعیت شخص بطرف علوی حرکت کرده چنانچه گاز آزاد داخل جوف پریتوان نیز در قسمت علوی بطن قرار

میگیرد.

بحالت ایستاده زمانیکه مایع ازاد در جوف پریتوان موجود باشد فشار قسمت علوی نظر به سفلی بطن تنقیص یافته و هرگاه گاز داخل جوف پریتوان گردد بالا رفته و اجازه میدهد تا تمام احشای بطنی به سفلی پائین آید.

پائین امدن فشار داخل بطنی از باعث حرکت حجاب حاجز بعلوي در اثناي ذفیر در جذب شعریه ها کمك کرده و افرازات بصورت دوامدار به علوی سیر مینماید و تجارب نشان داده که مواد کوچك رنگه و باکتریها بزودی توسط شبکه لمفاوي پریتوان جذب و در ظرف چند دقیقه مواد مذکور به اوعیه لمفاوي فوق حجاب حاجزی میرسد و این حرکت مایع داخل پریتوانی بطرف علوی سبب مي شود تا تجمع قیحی داخل بطنی اکثراً به تحت حجاب حاجز انتشار نماید.

زمانیکه یك مقدار زیاد مایع در اثر افات احشای بطنی مانند تثقب معده ، اثناعشر بداخل جوف پریتوان بریزد مایع مذکور با وجود التصاقات که یك قسمت زیاد آنرا التصاقات نارمل پریتوانی تشکیل میدهد بطرف سفلی بطن پائین مي آید .

هر گاه defect در پریتوان جداری ایجاد شود التیام defect ازحافه آن صورت نگرفته بلکه ناحیه در اثر metamorphosis حجراتmesenchymal ترمیم شده و یك defect بزرگ بزودی مانند یك defect کوچك ترمیم میگردد.

غشای پریتوان تحت قانون از موتیك میتواند یك مقدار زیاد مایع را جذب و افراز نماید که از این خاصه غشای پریتوان در عملیه دیالیز پریتوانی به منظور تداوی عدم کفایه کلیوی استفاده می شود .

پریتونیت
(PERITONITIS)

پریتونیت عبارت از التهاب غشای پریتوان بوده که در اکثر موارد ژرم های عامل مرضی باعث این التهاب میگردد.

پریتونیت ها از نظر جراحی بدو دسته تقسیم شده است :

۱ - پریتونیت های حاد (Acute peritonitis).

۲- پریتونیت های مزمن (Chronic peritoitis).

۱ - پریتونیت حاد - عبارت از پریتونیت است که مریض دفعتاً مصاب التهاب پریتوان شده و اعراض و علایم پریتونیت در آن تظاهر می نماید . اینوع پریتونیت نیز بدودسته تقسیم شده است :

الف - پریتونیت حاد منتشر (Acute diffused peritonitis) .

ب - پریتونیت حاد موضعی (Acute localised peritonitis).

پریتونیت حاد منتشر

اینوع پریتونیت نظر به انواع دیگران زیاد تر تصادف شده اعراض و علایم سریری ان بسیار بارز میباشد و از نظر سیر و انذار اگر بزودی تداوی نشوند کشنده بوده و تداوی آن در اکثر وقایع مداخله جراحی میباشد .

ایتولوژی

در تمام پریتونیت های حاد منتشر غشای پریتوان توسط ژرم عامل مرضي به التهاب دچار شده و باکتریها ممکن از چهار طریق ذیل به غشای پریتوان برسد :

۱- از خارج در اثر جروحات نافذه بطن یا انتان لپراتومی .

۲- در اثر آفات احشای داخل بطنی .

الف - گانگرین یکی از احشای بطنی مانند اپاندیسیت حاد ، کولی سیستیت حاد ، دیورتیکولایتیس و یا احتشای امعاء .

ب - تثقب احشای بطنی مانند تثقب قرحه اثناعشری ، اپاندیسیت مثقوبه و تثقب امعا از باعث ترضیضات .

ج - چلیدن کوکهای تفممی امعاء به تعقیب عملیات جراحی .

عوامل که در سریریات زیاد مشاهده می شوند عبارتند از : تثقب اپاندکس ،امعا رقیقه از باعث محرقه ، تثقب معده و اثناعشر از سبب قرحه پیپتیك و باالاخره تثقب امعاء رقیقه و غلیظه از باعث جروحات بطنی میباشد .

۳ - از طریق دموی به تعقیب یك septicaemia (staphylococcal،، pneumococcal یا streptococcal) که بصورت غلط اصطلاح پریتونیت ابتدائی (Primary peritonitis) به آن داده شده زیرا در حقیقت اینوع پریتونیت نیز ثانوی بوده وبه تعقیب یك منبع ابتدائی انتان بوجود میاید .

٤ - از طریق مجراي تناسلی خانم ها به تعقیب سلفانژیت حاد و یا انتان نفاسی .

باید گفت که در کاهلان ۳۰٪ وقایع پریتونیت از باعث اختلاطات بعد از عملیات ۲۰ ٪ از باعث اپاندیسیت حاد و ۲۰ ٪ از سبب تثقب قرحه پیپتیك بوجود آمده و بدین ترتیب قسمت اعظم پریتونیتها توسط سه عامل فوق بوجود میاید .

ژرم عامل مرضی که سبب پریتونیت حاد میگردد متحول بوده اکثراً Escherichiacoli ، aerobic ، Streptococci، anaerobic و Bacteroids میباشد بعضاً Clostridium welchi دریافت شده و نادراً staphylococci و یا Klebsidlla،pneumoniae سبب مرض میباشد لاکن در اکثر موارد چندین ژرم در یک پریتونیت عامل مرضی را تشکیل میدهد.

فزیوپتولوژی

اگر تعداد ژرم کم و ویرولانس آن زیاد نباشد دخول ژرم در پریتوان همیشه باعث پریتونیت نشده و تجارب نشان داده که پریتوان نارمل بر خلاف نسج حجروی دارای مقاومت و قدرت دفاعی خیلی زیاد میباشد . بناً برای تشکل پریتونیت باید تعداد ژرم زیاد و ویرولانس ان قوی باشد و هر قدر مایع انصبابی داخل پریتوان زیاد باشد به تشکل پریتونیت کمك می نماید .

تحولاتیکه از باعث پریتونیت در عضویت بوجود میاید بدو دسته تقسیم میگردد :

۱ - تحولات موضعی .

۲ - تحولات عمومی .

۱ - تحولات موضعی - بمجرد یکه محتوی احشای بطنی از قبیل معده ، امعاء و غیره به داخل جوف پریتوان ریخت این مواد هر چه باشد باعث تخریش پریتوان شده و اوعیه شعریه که

در پریتوان موجود است تخریب و پاره شده و یکمقدار اگزو دات در جوف پریتوان آزاد شده که به تشکل پریتونیت زیاد تر کمك کرده و انتان را به تمام جوف بطن منتشر میسازد . این مایع خاصه خفیف microbicide داشته و تا اندازه باعث تخریب ژرم های مرضی شده و از جانب دیگر مایع مذکور دارای فیبرین بوده که خاصه agglutination را داشته و تقیح داخل پریتواني را در اجواف کوچك و جداگانه تحدید نموده امعاء وثرب را بین هم و حتی با جدارهای بطن التصاق میدهد و بدین ترتیب التصقات بین امعاء ثرب و جدار بطن تولید میگردد.

۲ - تحولات عمومی- مایع انصبابی که از باعث تخریب اوعیه شعریه پریتوان بوجود میاید در جوف بطن باقیمانده و از جانب دیگر یکمقدارمایع در نواحی که به تخریش التهاب و اذیما معروض شده در بین انساج تجمع می نماید .

تخریب اوعیه شعریه سطح وسیع پریتوان از یکطرف و اذیمای انساج خلف و جوانب پریتوان از جانب دیگر باعث ضیاع یکمقدار زیاد مایع عضویت شده و در نتیجه حجم پلازما دورانی تنقیص یافته و اگر وتیره مذکور دوام نماید خون وریدی که به قلب راست میرود از نظر حجم تنقیص یافته و باعث تنقیص دهانه قلبی (cardiac out put) شده و oligaemia را بار میاورد . این حادثه باعث سقوط فشار خون شده و مقدار کافی خون به کلیه نرسیده ، ودر نتیجه باعث oliguria وبعداً anuria میگردد و از باعث احتباس مواد ازوتی uremia تاسس می نماید . و چون فشار خون مریض پائین است بناً مصاب شاك بوده پس اگر مریض بسیار موخر تداوی شود و یا مقدار کافی مایعات داده نشود باعث توقف دورانی میگردد.

ژرم های زیاد داخل جوف پریتوان و اندوتوکسین آزاد شده از باعث تخریب انها توسط پریتوان جذب شده و داخل دوران میگردد و در نتیجه باعث bacteremia و endotoxinemia شده که این endotoxinemia بنوبه خویش باعث آزاد شدن هیستامین شده و شاك را وخیم میسازد .

از جانب دیگر مریض از باعث تخریش پریتوان و درد بطن ، تنفس صدری ، سطحی کوتاه و سریع داشته که این خود به تشکل شاك کمك می نماید . تحولات عمومی را می توان قرار

ذیل خلاصه کرد .

انصـباب

Hypotension	oligemia	Bacteremia
Shock	oliguria	Endotoxinemea
	anuria	Histaminemia
	azotemia	Shock

اناتوموپتولوژی

در اثنای لپراتومی مشاهده می شود که :

۱ - یك انصباب داخل پریتوانی با منظره متحول از بطن خارج شده و در صورتیکه پریتونیت hyperseptic باشد مایع مذکور مکدر و یا زرد مایل بوده و اگر از پریتونیت مدت زیاد گذشته باشد مایع مذکورseropurulent ویا purulent بوده و در صورت تثقب احشای مجوف بطنی ، محتوی احشای مذکور بداخل بطن مشاهده میشود .

۲ - تحولاتیکه در پریتوان دیده میشود مخصوصاً در ناحیه که نزدیك آفت میباشد رنگ پریتوان تیره و پوشیده از بعضی مواد بوده و بعضاً غشای کاذب بالای پریتوان تشکل می نماید ،

۳ - در ناحیه ماوفه دیده می شود که در محیط آفت التصاقات کم و بیش صورت گرفته تا آفت ابتدائی را تحدید نماید و به این منظور ثرب و امعاء بدورادور آفت رسیده میباشد.

مطالعه سریری مرض

اعراض پریتونیت حادمنتشررا در دومرحله(terminal و initial) مطالعه می نمائیم.

۱ - مرحله تاسـس (initial) مرض - در این مرحـله اعـراض مرض از نظر subjective عبارتند از : درد بطنی ، دلبدی و استفراغ ، قبضیت و تحول نبض و درجه حرارت .

درد بطن - این درد بسیار آنی بوده و مریض دفعتاً مصاب درد شدید بطنی می گردد

شدت درد متحول بوده و وصف خله زدن را دارد. درد د یك ناحیه بطن نظر به سایرنواحی بیش تر بوده در اینجا درد دوامدار بوده و این مریضان برخلاف مریضان انسداد میخانیکی امعاء و اپاندیسیت در بستر ارام قرار داشته در حالیکه مریضان در انسداد و اپاندیسیت از یك پهلوی دیگر حرکت می نمایند .دلبدی و استفراغ در اکثر وقایع موجود بوده اما هیچگاه در مریضان بریتونیت استفراغات کتلوي مانند مریضان انسداد موجود نمی باشد.

قبضیت - توقف گاز و مواد غایطه به شکل که در انسداد موجود است در مریضان پریتونیت واضح نبوده و حتی بعضاً اسهالات مشاهده می شود .

درجه حرارت و نبض متحول بوده و بعضاً درجه حرارت نارمل و یا پائین تر از نارمل نیز مشاهده می شود اما نبض در اکثر وقایع سریع بوده و نبض بسیار سریع دلالت به وخامت مرض می نماید .

در معاینه بطن با تنفس اشتراك نکرده از سویه صدر پائین تر قرار دارد با جس که قسمت مهم معاینه را تشکلیل میدهد یك شخی یا تقلصیت (conteacture) عضلی جدار بطن دریافت شده که این (rigidity)جدار بطن باید بادقت وآهستگي پالیده شود. درجه تقلصیت جدار بطن متحول بوده مثلاً در تثقبات قرحات پیپیك این تقلیت به حد اعظمی برده که به آن بطن خشبی (board like) میگویند . بعضاً تقلصیت جدار بطن کمتر بوده و صرف یك مقاومت عضلی (defence muscular) موجود می باشد . تقلصیت جدار بطن ابتداء در ناحیه ماوفه موجود بوده لاکن بعد از تشکل پریتونیت حاد منتشر به تمام بطن انتشار مینماید . باید گفت که این تقلصیت جدار بطن در مریضان لاغر و یا پریتونیت از باعث محرقه ممکن بسیار خفیف موجود باشد با قرع در صورت تثقب احشای مجوف بطنی اصمیت کبدی در تحت اضلاع ٦ ,٧ ,و٨ بالای خط ابطی قدامی ازبین رفته و جای آنرا وضاحت میگیرد که در این معاینه مریض باید به وضعیت جنبی چپ خوابیده تا گازات در ناحیه کبدی قرار گیرد . بالاخره در تمام درد های بطنی اصغای بطن فراموش نشود که در پریتونیت ها با اصغا آواز های معائی شنیده نشده که دلالت به یك انسداد فلجی از باعث پریتونیت می نماید با معاینه مقعد جوف دو گلاس حساس و پرمیباشد .

٢ - مرحلعه نهائی (terminal) مرض - اگر مریضان پریتونیت حاد منتشر برای ٣-٤

روز بدون تداوی گذاشته شوند به مرحله terminal داخل شده که در این مرحله وجه مریض سربی یا سیانوتیك شده استفراغات متکرر (اولاً صفراوی بعداً غایطی) و هیکك بوجود امده توقف گاز و مواد غایطه تام میگردد نبض سریع ،سطحی و خیطی شده بطن مریض منتفخ شده و dyspnea بوجود میاید ودر معاینه بطن بصورت یکنواخت متقلص بوده و مریض وجه Hippocratic را پیدا کرده که در این مرحله چانس بهبود مریض خیلی کم میباشد .

معاینات متممه

این معاینات ارزش کمتر داشته و تشخیص به اساس تظاهرات مرض صورت میگیرد .

۱ -در معاینه خون اکثراً Leucocytosis موجود میباشد .

۲ - اسپریشن جوف پریتوان بمنظور تشخیص ممکن مفید باشد لاکن اکثراً ضرور نمی باشد . در این معاینه بعد از انستیزی جلد هر مربع (Quadrant) جوف بطن توسط سوزن اسپری شده که موجودیت مایع صفراوی دلالت به تثقب قرحه پیپتیك کرده و موجودیت قیح پریتونیت باکتریائی را نشان میدهد و در صورت خون بداخل جوف پریتوان اکثراً خون اسپری میگردد . در صورتیکه با اسپریشن چیزی خارج نگردد یك مقدار کمی سیروم فزیولوژیك بداخل جوف بطن تطبیق شده و بعد از چند دقیقه دوباره اسپری میگردد که ممکن مایع خارج شده در تشخیص کمك نماید

۳ - رادیوگرافی ساده بطن بوضعیت ایستاده که در صورت تثقب احشای مجوف بطنی تشخیص را مکمل ساخته و گاز را در بین حجاب حاجز راست و کبد نشان داده که بنام pneumoperitoniumیا Free air یاد میشود موجودیت گاز در تحت حجاب حاجز طرف چپ نسبت جیب هوائي معده ارزش سیمولوژیك ندارد . همچنان در کلیشه رادیوگرافی نزد این مریضان عروات معائی متوسع پر از گاز با سویه های متعدد مایع مشاهده شده و در صورتیکه وضع عمومی مریض بسیار خراب و قادربه اجرای رادیوگرافی به وضعیت ایستاده نباشد اجرای رادیوگرافی بوضعیت خوابیده جنبی نیز کمك مینماید .

٤ - تعین سویه سیروم امیلاز که ممکن تشخیص پانکریاتیت را تأئید نماید اما بخاطر باشد که سویه این انزایم به تعقیب یکتعداد آفات دیگربطنی عملیات ها و تثقب قرحات

آفات جدار اوعیه - مانند مرض von Willebrand و - pseudoxanthoma
Mallory Weiss syndrome - که در این سندروم Hematemesis ازباعث ایجادیك انشقاق درحذای کاردیای معده به تعقیب استفراغ شدید بوجود می آید.

جدول (۲) اسباب قی الدم و میلانا

قرحه مزمن پیپتیك	در۶۵٪ وقایع
قرحه حاد پیپتیك	در۳۰ ٪ وقایع
تخریشات متعدد	
واریس مری	در۵ ٪ وقایع
کارسینومای معده	
سندروم Mallory Weiss	
قرح پیپتیك رتج میکل	
پورپورا	
هیموفیلیا	
انیمی خبیث و دیگر کم خونی ها	
Ehlors Donlos syndrome	

تظاهرات سریری

مکن نزداین مریضان سابقه قرحه پیپتیك موجود باشد و توسط معاینه با مواد کثیفه تائید شده باشد . دریافت تاریخچه اعتیاد دوائی نیز مهم بوده زیرا بسیاری از نزف هایی که علت آن مجهول و مبهم میباشد ممکن از باعث گرفتن اسپرین ، ادویه انتی کواگولانت ، بوتازولیدین و غیره باشد. . تاریخچه اعتیاد به الکول ویا سابقه هیپاتیت ویروسی دلالت به سیروز کبد کرده و علاوتاً افراط در الکول ممکن باعث تخریش حاد معده شود . و قی الدم برنگ سرخ روشن به تعقیب استفراغ شدید و مکرر بعداز صرف زیاد غذا ویا الکول دلالت به سندروم Mallory Weiss مینماید.

اثناعشری نیز بلند میرود .

اشکال سریری

شکل فریبنده و مخفی مرض - که در اینصورت ژرم عامل مرضی ویرولانس کمتر داشته و تقلصیت جدار بطن خفیف میباشد .

شکل مترقی و شدید مرض - که پریتونیت فوق الحاد و از نوع توکسیك بوده و در ٢٤ الی ٤٨ ساعت میتواند باعث مرگ مریض شود.

شکل دیگر که ازنظر تداوی و انذار مهم میباشد عبارت از پریتونیت پنوموکوکسیك است که عموماً در دختران ٥ -١٠ ساله مشاهده شده و ژرم عامل مرضي از طریق تناسلی به تعقیب Volvo- vaginit is به پریتوان نفوذ مي نماید.

تشخیص تفریقی

مرض باید از انسداد معائی ، کولیك های حالبی و صفراوی تشخیص تفریقی شود که در سه حالت فوق الذکر مریض در بستر نارام میباشد همچنان Basal pneumonia ، احتشای میوکارد ، نزف داخل پریتوانی و تمزق انوریزم ابهر حالاتی میباشند که با پریتونیت مغالطه شده میتوانند .

تداوی

تداوي مریضان مصاب پریتونیت حاد منتشر عملیات جراحی بوده و هر قدر این مریضان بصورت مقدم تشخیص و تداوی شوند انذار ان خوبتراست و باید گفت که مریضانیکه نسبت لوحه پریتونیت پیش رفته در دقایق قبل از مرگ قرار دارند عملیات جراحی نزد شان استطباب ندارند.

تداوی این مریضان شامل سه قسمت بوده و عبارت اند از :

١ - مراقبت عمومی مریض .

٢ - از بین بردن منشه مرض .

٣ - لواژ و شستشو پریتوانی .

۱ - مراقبت عمومی مریض - عبارت است از:
الف - تسکین درد توسط مورفین .
ب - اسپریشن محتوی معده توسط سند انفی معدوی . که این عمل از انشاق مواد استفراغ در اثنای انستیزی جلوگیری کرده و مانع انتفاخ بیشتر بطن در اثر خارج شدن گازات بلع شده میگردد.
ج - تطبیق مایعات و الکترولایتها از طریق ورید و در صورتیکه مریض درشاك باشد باید خون و یا مایعات معاوضه کننده خون نیز تطبیق شود .
د - انتی بیوتیکها تا با انتانات معائی مقابله نماید که اکثراً gentamycin و metronidazol توصیه شده لاکن در صورت امکان باید انتی بیویتك لازمه بعد از تعین حساسیت ژرم تجویز شود.
۲ - از بین بردن منشه مرض - در صورتیکه عامل پریتونیت حاد منتشر تثقب اپاندکس ، دیورتیکولیت ، تثقب قرحه پیپتیك ، کولی سیستیت گانگرینی و یا نادراً تثقب امعاء رقیقه باشد که ایجاب مداخله جراحی را می نماید باید مریض هرچه زودتر بمجردیکه توان انستیزی را پیدا نماید عملیات گردد که در اینصورت بعد از اماده ساختن مریض برای عملیات در ظرف چند ساعت ، بطن مریض تحت انستیزی عمومي عموماً توسط یك شق خط متوسط باز شده چرك داخل بطنی اسپری و جهت دریافت عامل سببی مرض و تداوی آن تفتیش از معده الی رکتم صورت میگرد و بدین ترتیب عامل سببی پریتونیت حاد منتشر ترمیم و یا برداشته می شود .
در وقایع که عامل پریتونیت حاد منتشر پانکراتیت ، سلفانژیت ، و یا پریتونیت ابتدائی پنوموکوکس و یا استریپتوکوکس باشد و تشخیص کاملاً واضح باشد در اینصورت میتود محافظه کارانه از جمله تداوي انتخابی مرض میباشد .
۳ - لواژ پریتوانی - بعد از تداوی عامل پریتونیت حاد منتشر باید جوف پریتوان توسط سیروم فزیولوژیك شستشو گردد و بعد از اسپري نمودن تمام اگزودات مصلی قیحی در صورت لزوم بعضی مولفین استعمال سیروم فزیولوژیك مشبوع با انتی بیوتیك (۱- ۲ لیتر) را در پاك نمودن پریتوان بسیار موثر وانمود ساخته اند.

بعد از تداوی فوق جوف بطن با درنیاژ د وباره بسته شده و در صفحه بعد ازعملیات نیز مایعات، الکترولایتها، انتی بیوبیکها ودرصورت لزوم کورتیکوئید به مریض توصیه میگردد.

انذار مرض

پریتونیت حاد منتشر با تداوی جدید و عصری ۱۰ ٪ و فیات داشته که فکتور های کشنده عبارتند از:

۱ - توکسیمیا باکتریائی
۲ - انسداد فلجی (paralytic il eus)
۳ - bronchopneumonia
٤ - تشوش موازنه الکترولایتها
٥ - عدم کفایه کلیه ها
٦ - قیح درنیاژ ناشده
۷ -انحطاط مخ عظم
۸ - تخریب جهازات متعدد.

پریتونیت حاد موضعی

(Acute localised peritonitis)

عبارت از پریتونیت های میباشد که التهاب در تمام جوف پریتوان منتشر نبوده بلکه دریک ناحیه بطن موضعی میباشد مثلاً ابسی اپاندیکولیر ، ابسی های تحت حجاب حاجزی، ابسی های تحت کبدی، ابسی های حوصلّی (pelviperitonitis) ابسی های بین عـروات معـــائی (interloop absces)، ابسی های پانکراسی و غیره که در این حالت احشای بطنی مانند ثرب کبیر، امعای رقیقه وغلیظه وسایر احشای بطنی ابسی را تهدید کرده والتهاب را موضعی میسازد. دراینجا بطور مثال ابسی های تحت حجاب حاجزی و تحت کبدی را مطالعه مینمایم.

ابسی های تحت کبدی و تحت حجاب حاجزی

ایتـــــولوژی

این ابسی ها زیاد تر در کاهل ها مشاهده شده و به تعقیب پریتونیت های حاد منتشر، التهابات اپاندکس ، افات معده و اثناعشر (قرحات و کانسر معده) آفات کبدی و طرق صفروای (ابسی کبدی و سنگهای صفراوی)، لیکاژ عملیات های طرق صفراوی و معدوی، آفات پانکراس ، کلیه یا آفات صدری (ابسی های ریوی یا پلوریزی متقیح) بوجود میاید.

اناتومو پتولوژی

موقعیت این آبسی ها متحول بوده و بصورت شیماتیک از بالا به پائین عبارت اند از :

الف - لوژ Interhepatodiaphragmatic راست (بطرف راست lig.teres)

ب - لوژInterhepatodiaphragmaticچپ (بطرف چپ رباط مدوریاsuspensor کبد)

ج - در تحت فص راست کبد (جوف Morison)

د - جوف طحالی (در خلف انحنی کبیر معده).

ذ - در خلف معده (جوف Epiplon)

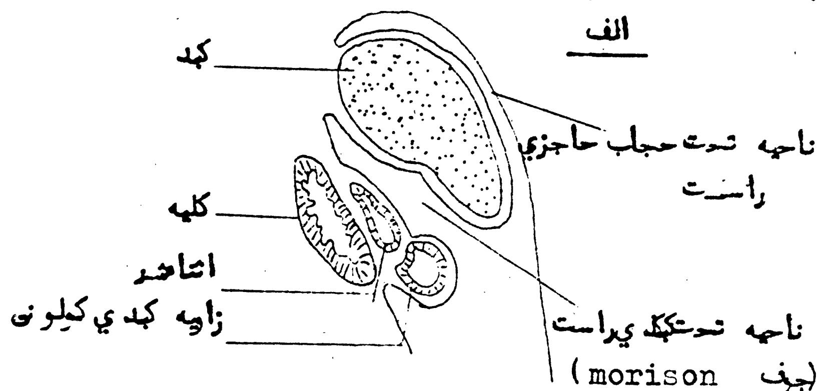
ابسی های اخیر الذکر ابسی های خلف پریتوانی را ساخته و ناحیه قطنی علوی را اشغال می نماید .

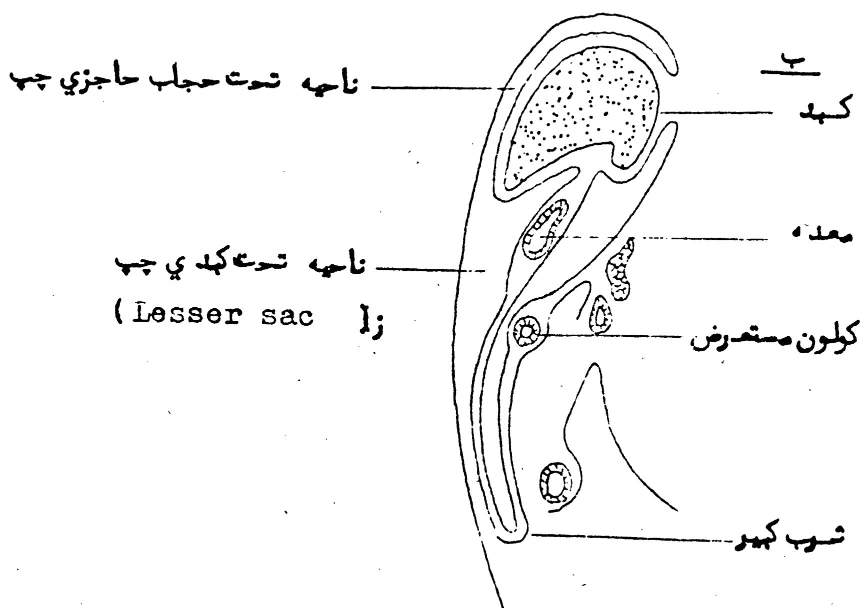
شکل و منظره این ابسی های نظر به عامل سببی ان فرق کرده و توسط احشای بطنی از قبیل ثرب کبیر ، امعاء و میزو کولون احاطه شده و محتوی ان یك مایع قیحی مکدر و بعضا گازات میباشد .

سیر اناتومیك این ابسی ها به یکی از اشکال ذیل میباشد:

یا اینکه ابسی از طریق حجاب حاجز به صدر باز شده و یك پلوریزی متقیح را میسازد که بعد ها به قصبات باز و از این طریق بخارج تخلیه میگردد .و یا ابسی های مذکور بطرف بطن

پیش رفته و در یکی ازَ احشای بطنی باز گردد و یا در جلد فیستولیزی شده و یا اینکه در جوف پریتوان باز و باعث پریتونیت حاد منتشر میگردد .





شکل «۷۵» اناتومی ناحیه تحت حجاب حاجزی.

مطالعه سریری

آفت مذکور را بدو مرحله یعنی شروع و تاسس مطالعه می نمائیم .

۱ - مرحله شروع - مرض معمولاً ۱۰ - ۲۱ روز بعد از پریتونیت عمومی بوجود آمده و در صورتیکه مریض انتی بیوتیک گیرد ممکن ابسی برای مدتی از نظر مخفی بماند . مرض با یك درد بطنی و ترفع درجه حرارت بصورت انی شروع شده و بزودی وضع عمومی مریض را خراب میسازد . نادراً آفت با اعراض صدری مانند Dyspnea ، سرفه و درد جنب صدر شروع نموده که در اینصورت آفت به تماس حجاب حاجز و بالای کبد قرار دارد .

۲ - مرحله تاسس - در این مرحله اعراض یك افت انتانی در صحنه حاکم بوده درجه حرارت بین ۳۸ - ۳۹ درجه سانتی گیرید ، نبض سریع و ادرار کم بوده و مریض بزودی لاغر میگردد. اعراض فزیکی و وظیفوی نظر به توضع این ابسی های فرق می نماید .

- اگر ابسی فوق الکبدی یا تحت حجاب حاجزی موجود باشد اعراض صدری مانند درد جنب صدر، dyspnea ، سرفه و حتی هیکك از باعث تخریش عصب حجاب حاجزی و غیره موجود بوده و با معاینه فزیکی اعراض یك pyopneumothorax دریافت میگردد .

اگر ابسی تحت کبدی موجود باشد در اینصورت درد ها در ناحیه اپی گاستر یك یا هیپوکاندر توضع داشته و با جس یك حساسیت و تقلصیت جدار بطن موجود میباشد با قرع در صورت عدم موجودیت گاز در ابسی مذکور اصمیت موجود بوده و سایر نواحی بطن کاملا آزاد و نرم میباشد .

اگر ابسی در خلف بطن ترضع داشته باشد در اینصورت اعراض ابسی های محیط کلیوی را داده و درد در ناحیه کلیوی و قطنی توضع دارد .

معاینات خصوصی

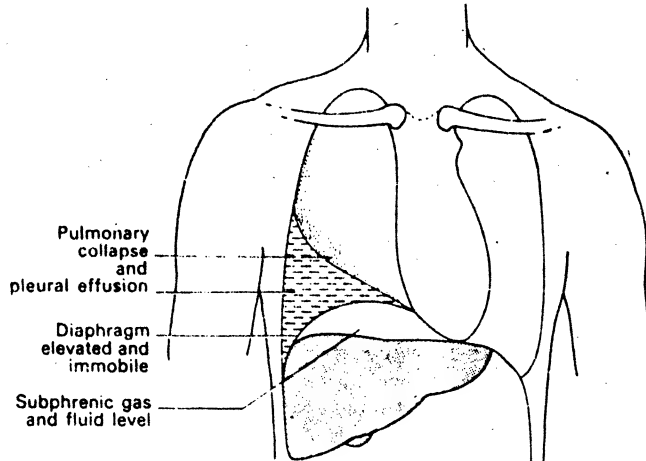
تعداد کریوات سفید خون به ۱۵-۲۰ هزار بلند رفته و یك لوکوسیتوز از نوع polymorph موجود میباشد .

مهمترین معاینه ابتدائی خصوصی عبارت از رادیوسکوپی صدر میباشد که تقریباً در تمام وقایع یك انومالی را نشان داده و مهمترین علایم رادیولوژیك مرض عبارتند از (شکل ۷۶):

۱ - بلند رفتن حجاب حاجز در طرف ماوف .

۲ - تنقیص و یا از بین رفتن حرکات حجاب حاجز.

۳ - انصباب پلورائی و یا کولاپس قاعده ریه .
٤ - موجودیت سویه گاز و مایع در تحت حجاب حاجز.
توضع دقیق آفت را ممکن التراسوند و یا CT scan نشان دهید .





شکل «۷۹» منظره رادیولوژیك ابسی تحت حجاب حاجزی راست

سیر و پیش رفت مرض - اگر مرض بحال خودش گذاشته شود باعث یك سلسله اختلاطات و خیم شده یا ابسی در صدر و بعداً در قصبات باز شده و بصورتVomiqueخارج میشود و یا در جوف آزاد بطن باز شده سبب پریتونیت منتشر میگردد نادراً بجلد باز شده و استثناء در یکی از عضای مجوف بطنی باز میگردد .

تشخیص مرض - اگر ابسی با درد های بطنی تظاهر نماید تشخیص آسان بوده تنها تشخیص تفریقی ان با کیست هیداتیك متقیح کبد مشکل می باشد . در صورتیکه ابسی با درد های صدری تظاهر نماید تشخیص مشکل بوده و رادیولوژی و بذل در تشخیص مرض کمك مینماید وباید از پلوریزی حاد متقیح یا Empyema تشخیص تفریقی شود .

تـــداوی

در مراحل مقدم مرض که هنوز گاز و مایع در کلیشه رادیوگرافی مشاهده نه شود برای مریض انتی بیوتیکهای و سیع التاثیر توصیه میگردد . هر گاه مریض بمقابل این تداوی به سرعت جواب دهد به این معنی میباشد که یك cellulitis در حال پیش رفت تحت حجاب حاجزی و یا تحت کبدی بوده و در صورتیکه از نظر سریری و رادیولوژیك اعراض و علایم ابسی موضعی موجود باشد و یا شیمو تیراپی باعث رشف افت نگردد در این حالت درنیاژ ابسی از طریق جلدی تحت کنترول التراسوند و یا CT صورت میگیرد در وقایع که این تداوی نتیجه ندهد و یا ابسی چندین جوفی باشد درنیاژ ابسی توسط مداخله جراحی صورت گرفته که طریق مداخله نظر به توضع آفت فرق کرده اگر اعراض بطنی در صحنه حاکم باشد درنیاژ ابسی از طریق بطن صورت گرفته و در صورتیکه ابسی تحت حجاب حاجزی و اعراض صدری موجود باشد درنیاژ از خلف به شکل خارج پریتوانی از طریق بستر و یا تحت ضلع ۱۲ و یا از قدام توسط یك شق تحت ضلعی صورت میگیرد و نظر به نوع ژرم انتی بیوتك موافق به مریض توصیه می شود .

پریتونیت مزمن
(Chronic peritonitis)

در بین تمام پریتونیت های مزمن ، پریتونیت توبرکلوز آفتی است که به کثرت مشاهده شده و از نظر کثرت و قوعات بعد از توبرکلوز ریوی بدرجه دوم قرار دارد و قبل از این که پریتونیت توبرکلوزیك مزمن رادر انیجا بطور مثال مطالعه نمائیم باید گفت که بعضاً پریتونیت توبرکلوز به شکل حاد نیز مشاهده شده و بشروع مرض انقدر شبیه پریتونیت حاد میباشد که بطن مریض باز شده و مایع زرد مایل از جوف بطن خارج و Tubercle بصورت منتشر در سطح پریتوان و ثرب کبیر مشاهده میشود که بعد از تخلیه مایع مذکور یکمقدار مایع جهت معاینه باکترولوژیك اخذ و جهت تشخیص و تائید مرض از نظر هستولوژیك پارچه از ثرب

مرضی گرفته شده و جرحه بدون درنیاژ بسته می شود .

در یکتعداد وقایع با وجود اینکه اعراض بطن حاد موجود میباشد موجودیت حبن تشخیص پریتونیت توبرکلوزیك حاد را تا اندازه آسان میسازد .

پریتونیت توبرْکلوزیك مزمن

با وجود اینکه پریتونیت توبرکلوزیك در کشور انگلستان نادر است لاکن متاسفانه وقایع مرض در کشور ما وسایر نواحی جهان که تدابیر بمنظور از بین بردن مرض (بالخصوص در گاو ها) بصورت درست صورت نگرفته مشاهده می شود .

اسباب و پتوژنی - پریتونیت توبرکلوز زیاد تر در جوانها و مخصوصاً در دوره بلوغ بمشاهده رسیده و دختر ها را نظر به بچه ها زیار تر مصاب میسازد . مرض اکثراً در اشخاص مصاب سوتغذی ، خانمهای حامله و اشخاص الکولیك مشاهده شده و باسیل Koch از نواحی ذیل به پریتوان میرسد :

۱ - از عقده لمفاوی مساریقی توبرکلوزیك .

۲ - از توبرکلوز ناحیه الیوسیکل .

۳ - از Pyosalpinx توبرکلوزیك .

٤ - از طریق دموی از توبرکلوزریوی اکثراً شکل miliary و گاهی شکل cavitating آن .

چهار شکل پریتونیت توبرکلوزیك وجود دارد :

۱ - شکل Ascitic - در این شکل پریتوان توسط tubercle ها مزین شده و مایع خاسف زردگونه جوف پریتوان را پرمیسازد . شروع مرض ناگهانی بوده و نزد مریض ضیاع انرژی ، خسافت وجه ، و ضیاع وزن نسبی موجود میباشد . مریض اکثراً نسبت بزرگ شدن بطن نزد طبیب مراجعه کرده بعضاً درد کاملا وجود نداشته و در یکتعداد دیگر ناراحتی زیاد بطن مترافق با قبضیت و یا اسهال موجود میباشد .با تفتیش اورده متوسع در تحت جلد بطن مشاهده شده Shifting dullness به آسانی دریافت میگردد در اطفال ذکور نسبت باز

ماندن Processus vaginales و پر شـــدن ان توسط مایع ascitic جوف پریتوان و لادی بوجود آمده و از باعث ازدیاد فشار داخل بطن فتق ثروی اکثراً مشاهده Hydrocele شود .

در جس بطن بعضاً یك کتله سخت مستعرض دریافت شده که عبارت از ثرب کبیر تکمشی و ارتشاحی با توبرکول ها میباشد .

تشخیص مرض به استثنای اینکه مرض به شکل حا یا بار اول در یك شخص کاهل ظاهر گردد نادراً مشکل بوده و باید از اشکال دیگر و بالخصوص از میتاستاز های امراض خبیثه تشخیص تفریقی شود . مثبت بودن تست Mantoux در یك طفل مصاب حبن اکثراً دلالت به مرض کرده در حال که منفی بودن آن مرض را رد می نماید این تست در اشخاص کاهل ارزش ندارد. زمانیکه پریتونیت توبرکلوزیك تشخیص گردید جستجو توبرکلوز در سایر نواحی بدن اهمیت زیاد داشته و نزد خانمها salpingitis توبرکلوزیك مد نظر باشد همچنان رادیوگرافی صدر قبل از اجرای لپراتومی اجراء شود .

در این مرض مایع داخل جوف پریتوان خاسف زرد گونه بوده و اکثراً شفاف و غنی از لمفوسیت می باشد کثافت مخصوصه مایع بصورت نسبی بلند و اکثراً در حدود ۱۰۲۰ و یا بیشـــتر ازآن میباشد و Mycobacterium tuberculose حـتی بعد از عملیه Centrifugeنادراً دریافت میگردد لاکن موجودیت آن توسط کلچرآشکار و توسط تلقیح در خوك تثبیت میگردد.

۲ – شکل Encysted (Loculated) - مشابه شکل فوق بوده لاکن در این شکل یك قسمت جوف بطن مصاب آفت شده و نسبت ایجاد یك تورم موضعی بداخل بطن، مشکلات را از نظر تشخیص بار میاورد . در صورتیکه خانم در دوره بعد از بلوغ قرار داشته باشند توضع تورم در حوصله ممکن کسیت مبیض تشخیص شود و تشخیص مرض از کیست مساریقی در یك طفل مشکل میباشد . بناً لپراتومی بعضاً اجراء شده و در صورتیکه یك تجمع مایع محدود شده دریافت شود مایع مذکور تخلیه و جوف بطن دوباره بسته شده و تداوی طبی توصیه میگردد و جواب مقابل این تداو ی اکثراً سریع میباشد . انسداد معائی موخر یکی از اختلاطات ممکنه این شکل مرض است .

در معاینه موجودیت حالت ضعف، عرق و خسافت اکثراً از تظاهرات اولی مرض بوده وگاهی مریض حالت کولاپس داشته میباشد سپس بزودی نزد مریض قی الدم ظاهر شده و خون سرخ روشن یا قهوه ای را استفراغ مینماید . که به تعقیب این مریض مواد غایطه سیاه قیرمانند (Black tarry stool) را که بنام میلانا یاد میشود ویا خون سرخ علقه شده را از طریق رکتم اطراح مینماید. بخاطر باشد که موجودیت پورپورا زمینه مساعد نزف را نزد مریض نشان داده و دریافتِ ضخامه کبد ، طحال وموجودیت Spider naevi و Liver palms دلالت به واریس مری از باعث سیروز کبد مینماید.

معاینات خصوصی و متممه

۱ - تعین مقدار هیموگلوبین - که باید اولتر از همه اجرا گردد اما بخاطر باشد که این معاینه در ساعات اول نزف کمتر ارزش داشته زیرا ممکن خون بعد از ۲٤ ساعت رقیق گردد و سویه هیموگلوبین از حد نارمل پائین آید.

۲ - معاینه Fibre - optic endoscopy - مری ، معده ، و اثناعشر از جمله معاینات مهم بوده و میتوانیم آنرا بصورت عاجل اجراء و محل دقیق نزف را در طرق معدی معائی تعین کرد

۳ - معاینه Barium meal - این معاینه را میتوان بمجرد توقف نزف انجام داد.

٤ - Selective visceral angography - به کمك کتیتر seldinger که داخل شریان فخذی میگردد میتوان منشه نزف را در وقایع عاجل تعین کرد.

بخاطرباشد که بعضاً مریض hemoptysis ، رعاف ، یا نزف دهن و بلعوم داشته و در صورت بلع و استفراغ دوباره با قی الدم مغالطه شده میتواند.

تـــــــداوی

تداوی نزف قسمت های علوی طرق معده معائی درمرحله اول طبی بوده و عبارت اند از:

۱ - بمریض اطمینان داده شود ودرصورتیکه مضطرب و نارام باشد مورفین تطبیق شود.

۲ - در صورت موجودیت شاك خون تطبیق شود.

۳ - شکل Plastic) Fibrous) - این شکل مرض با تشکل التصاقات وسیع وصفی بوده و باعث التصاقات الیوم نهائی و سایر عروات معائی و توسع آنها میگردد عروات متوسع مذکور به شکل blind loop عمل کرده و باعث steatorrhea ضیاع وزن و حملات درد های بطنی میگردد.

در معاینه، امعاء التصاقی با ثرب و مساریقه ضخیم شده یك کتله و یا کتلات متورم قابل جس را ساخته و ممکن مرض با تولید انسداد تحت الحاد و یا حاد ظاهر گردد که بعضاً سبب انسداد با قطع band به آسانی رفع شده و نسبت ایجاد سندروم عروه کور ، انستموز جنبی بین عروه متوسع و بحال تخلیه اجراء نشود . در صورتیکه التصاقات مترافق با تضیقات لیفی الیوم موجود باشد باید ناحیه به شرط که قسمت زیاد امعاء را در بر نگیرد ریزکشن شود . هرگاه تنها التصاقات موجود باشد عملیات Plication اجراء شده میتواند . این شکل مرض یك حالت وخیم بوده و در تداوی باید جراح اصول فزیولوژیك را مراعات نماید . خوشبختانه بعد از تداوی مناسب جراحی ، تداوی طبی حالت را بزودی تحت کنترول میاورد .

٤ - شکل تقیحی (Purulent)- این شکل مرض نادر بوده و اکثراً به تعقیب سلفانژیت توبرکلوزی بوجود میاید و در بین یك کتله التصاقی امعاء و ثرب قیح توبرکلوزی موجود میباشد . عادتاً ابسی های بزرگ بارد تشکل کرده که بطرف سطح معمولاً نزدیك ثره سیر کرده و یا در بین امعاء باز میگردد . و عملیات جراحی با وجود تداوی طولانی طبی ممکن بمنظور تخلیه ابسی بارد و یا انسداد معائی ایجاب نماید .

در صورتیکه مریض برای یك مدت طولانی زنده بماند تا بالای انتان غالب گردد امکان بسته شدن فیستول غایطی موجود بوده در غیرآن نسبت بندش قسمت سفلی امعاء فیستول برای دایم باقی می ماند .بسته نمودن ناحیه باید مترافق با انستموز امعاء علوی ترو سفلی تر از ناحیه فیستول باشد . انذار این شکل پریتونیت توبرکلوژیك نسبتاً خراب است.

تـــــداوی

تداوی پریتونیت توبرکلوزیك تا زمانیکه به اختلاط معروض نگردد طبی بوده و این تداوی

توسط سه ادویه انتی توبرکلوزیك Refampicin ۶۰۰ ملی گرام I.N.H ۳۰۰ ملی گرام و Ethambutol ۲۵ ملی گرام فی کیلوگرام وزن بدن) صورت میگیرد .

تداوی جراحی زمانی استطباب دارد که مرض به اختلاط (انسداد امعاء ، فیستول غایطی ، ابسی بارد و غیره) معررض شده باشد .

فصل دوازدهم

فتق

(HERNIA)

عموميات

فتق عبارت از خارج شدن یکی از احشای بطنی و یا قسمتی از آن از طریق یك فوهه غیر طبعی در یك جوف احاطه شده توسط جدار های آن میباشد یا بعباره دیگر هر گاه احشای بطنی و یا یك قسمتی از احشای بطنی جدار بطن را از طریق یك فوهه طبعی و یا غیر طبعی عبور و تحت جلد ظاهر گردد بنام فتق یاد میشود .

فتق های جدار بطن معمولترین اشکال فتق ها بوده با الخصوص فتق های مغبنی فخذی و ثروی که با الترتیب ۷۳ ٪، ۱۷ ٪، ۸.۵ ٪ اینوع فتقها را تشکیل میدهد و ۱.۵٪ باقیمانده، انواع نادر فتق ها میباشد. فتق incisional که رو به ازدیاد میباشد نیز یکنوع فتق کسبی جدار بطن میباشد .

فتقها اکثراً به قسم یك دیورتیکول پریتوانی بوده بناً کیسه فتقیه توسط پریتوان جداری تشکیل شده است. چون در جدار بطن و حوصله بعضی نقاط ضعیفه بنام نواحی فتقیه وجود دارد که هر کدام این نواحی برای فتق همان ناحیه خصوصیت علیحده داده و بنام همان ناحیه یاد میشود مثلاً فتق مغبنی ، فخذی، ثروی و غیره .

فتقها از نظر اوصاف ، ایتولوژی ، اناتوموپتالوژی ، اعراض ، اختلاطات و سیر مشابه هم بوده و نظر به کثرت و قوعات ان انواع معمول فتقهای جدار بطن قرار ذیل اند :

۱ - فتق مغینی یا(Direct, Indirect) Ing, hernia -

۲ - فتق فخذی یا Femoral hernia .

۳ - فتق ثروی یا Umbilical hernia.

٤ - فتق incisional .

٥ - فتق Ventral و Epigastric .

ایتولوژی

فتق ها در نواحی ضعیف جدار بطن بوجود آمده که این نواحی ضعیف یا و لادی بوده مثلاً دوام processus vaginalis خصیه وبسته نشدن تام ندبه ثروی که باعث تولید فتق و لادی (congenital)مغبنی و ثروی میگردد که در اینصورت نشونمای فوهه فتقیه در زمان حیات جنینی توقف نموده یعنی کیسه فتقیه تشکل کرده و عنق ان بسته نمی گردد و بعد از ولادت در اثر یك جهد احشای بطنی داخل کیسه شده و فتق ولادی را میسازد .

و یا اینکه فتق بصورت کسبی (acquierd) از باعث سستی ورخاوت جدار بطن و یا توسع یك فوهه که از ان بعضی ساختمانهای جدار بطن عبور مینماید بوجود میاید بطور مثال قنات مغبنی ، فخذی و یا ضعیف شدن جدار بطن در ناحیه عملیاتی سابقه .برعلاوه این فکتور های ابتدائی ، تمام عوامل که باعث ازدیاد فشار داخل بطن می گردد مانند سرفه و قبضیت معند ، بندش طرق بولی ، توسع بطن از باعث حبن حمل های متکرر ، چاقی و لاغری زیاد نیز تشکل فتق را مساعد و کمك مینماید .

اناتومو پتالوژی

قرار قانون یك فتق متشکل از سه قسمت میباشد : کیسه فتقیه ، مسیرفتق و محتوی کیسه فتفقیه.

۱ -کیسه فتقیه - یك رتج پریتوانی بوده و متشکل از دهانه، عنق، جسم وغور میباشد عنق کیسه فتقیه اکثراً بخوبی قابل شناخت بوده لاکن فتق های مستقیم مغبنی و فتق نوع incisional بدون عنق میباشد قطر عنق کیسه فتقیه مهم بوده زیرا .درصورت کوچك بودن مانند فتقهای فخذی و ثروی بزودی میتواند به اختناق که ازمهمترین اختلاط فتق است

معروض شود.

جسم کیسه فتقیه از نظر جسامت فوق العادۀ متغیر بوده کیسه فتقیه در اطفال شیرخوار و دوران طفولیت نهایت نارك بوده و در صورتیکه از فتق مدت زیاد گذشته ویا چره بند استعمال شده باشد کیسه فتقیه ضخیم میگردد .

۲ - مسیر فتق (covering of the sac) - از طبقات جدار بطن که کیسه فتقیه از آن عبور مینماید تشکیل شده بناً مسیر فتق یا یك فوهه لیفی بوده (فتق ثروی) و یا اینکه مسیر فتق را عضلات و صفاق های جدار بطن تشکیل میدهد (فتق مغبنی و فخذی)

۳ - محتوی فتق - محتوی فتق را تمام احشای بطنی به استثنای کبد و پانکراس تشکیل داده لاکن اکثراً ساختمانهای ذیل محتوی فتق را میسازد .

۱ - مایع (Fluid) - مایع معمولترین محتوی کیسه فتقیه بوده و از اگزودات پریتوانی تشکیل شده و یا اینکه یك قسمت یا بقایا حبن میباشد .

۲ - ثرب کبیر که بنام omentocele یاد میشود .

۳ - امعاء که بنام enterocele یاد شده و اکثراً امعاء رقیقه محتوای کیسه فتقیه را تشکیل داده لاکن در بعضی حالات امعاء غلیظه و اپاندکس نیز بوده میتواند .

٤ - یك قسمت از محیط امعاء که بنام Richter's hernia یاد میشود .

۵ - یك قسمت رتج مثانی یا یك قسمت مثانه بر علاوه محتوی دیگر کیسه فتقیه میتواند در فتقهای مستقیم و Sliding مغبنی و فتق فخذی موجود باشد .

٦ - مبیض با و یا بدون نفیر ها .

۷ - رتج میکل که بنام Littre's hernia یاد میشود .

تصنیف فتق ها

فتق ها بدون در نظر داشت توضع وموقیعت ان قرار ذیل اتصنیف شده است :

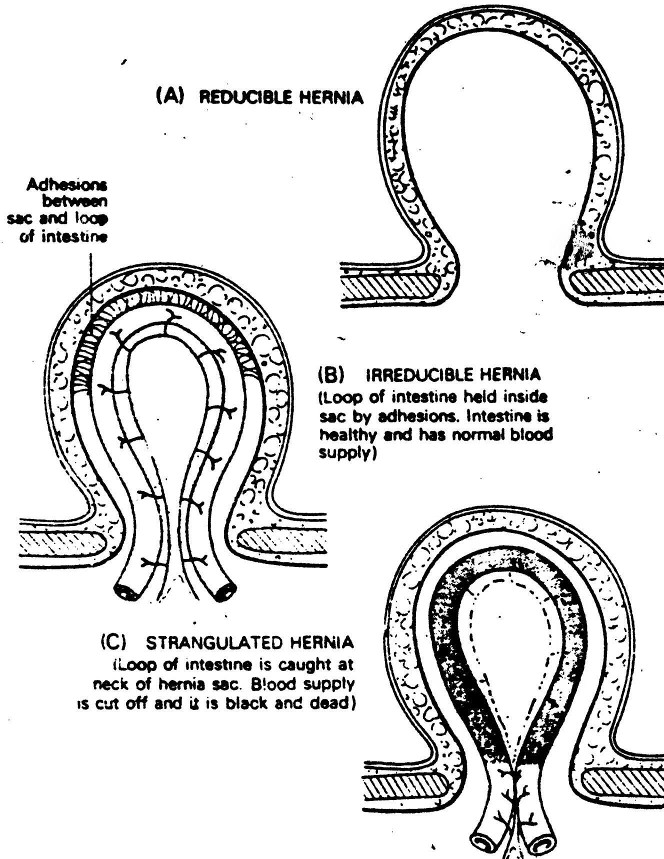
۱ - فتق قابل ارجاع (Reducible hernia) .

۲ - فتق غیر قابل ارجاع (Irreducible hernia) .

٣ - فتق انسدادی (obstructed hernia) .

٤ - فتق مختنق (Strangulated hernia) .

٥ - فتق التهابی (Inflamed hernia).



شکل «۷۷» فرق بین فتق قابل ارجاع، غیر قابل ارجاع و مختنق

فتق قابل ارجاع

عبارت از فتق است که محتوی آن آزاد و سالم بوده و در اثنای استراحت و یا توسط مریض و طبیب قابل ارجاع باشد . در حین ارجاع هرگاه محتوی کیسه فتقیه امعاء باشد صدای gurgles شنیده شده و ارجاع ان در اول مشکل و در اخیر اسان است و در صورت ثرب کبیر که قوام خمیر مانند دارد ارجاع ان بر خلاف در اول اسان و در اخیر مشکل میباشد (نسبت الصقاقات ثرب با کیسه فتقیه) فتق قابل ارجاع در اثنای سرفـــه یك توسع و

Impulse نشان میدهد .

مطالعه سریری

تازمانیکه فتق به یك اختلاط بزرگ مانند اختناق معروض نگردد بدون درد و اعراض وظیفوی بوده و مریض ممکن است صرف از ناراحتی ، احساس سنگینی و پیدا شدن کتله در ناحیه فتقیه در اثنای جهد شاکی باشد .

در معاینهء فزیکی مریضان فتق بدو وضعیت یعنی اولاء ایستاده و بعداً خوابیده معاینه میشود . در حالت ایستاده اگر از مریض خواهش شود که سرفه نماید یك کتله در ناحیه فتقیه ظاهر شده که جسامت مختلف داشته و ... های سرفه Impulse نشان میدهد . با جس کتله قوام نرم و الاستیك داشته و اگر فشار داده شود دوباره به داخل بطن ارجاع شده با قرع در صورتیکه محتوی فتق انبوب هضمی باشد طبلیت و اگر ثرب باشد اصمیت نشان میدهد و با اصغا در انبوب هعضی آواز های معائی شنیده میشود .

بوضعیت خوابیده فتق اکثراًخودبخود ارجاع شده ودراثر جهد وسرفه دوباره ظاهر میگردد اگر بعد از ارجاع فتق بانگشت اشاره (Indix) فوهه فتقیه جس گردد به مشاهده میرسد که فوهه مذکور متوسع بوده و اگر مریض سرفه نماید احشای بطنی به نوك انگشت تماس مینماید.

سیر فتق

فتق ولادی ممکن در ماه ها و یا سالهای آینده بصورت بنفسیه شفایاب شود لاکن هر گاه فتق کسبی تداوی جراحی نشود ممکن یك فتق کوچك با گذشت زمان یك فتق بزرگ و دیو آسا را ساخته و یا اینکه فتق به اختلاط معروض میگردد.

تـــــــداوی

فتق های ولادی بعضاً در ماه ها و یا سالهای بعدی حیات بصورت بنفسیه بسته و یا شفایاب شده در غیران بعد از سن یکسالگی کیسه فتقیه توسط مداخله جراحی برداشته میشود (Herniotomy). اما تداوی فتقهای کسبی همیشه عملیات جراحی بوده و تطبیق

بنداژها و چره بند ها صرف از پیشرفت فتق و اعراض آن کاسته و در موارد استطباب دارد که عملیات جراحی نسبت سن پیشرفته و خرابی وضع عمومی از باعث آفات قلبی ، تنفسی، کلیوی ، کبدی و غیره استطباب نداشته و هدف از عملیات جراحی عبارتند از:

۱ - ارجاع محتوی فتقیه بداخل بطن .

۲ - تسلیخ کیسه فتقیه الی عنق و بعداز بسته نمودن عنق برداشتن قسمت اضافی ان .

۳ - ترمیم و تقویه جدار بطن به چند پلان.

فتق غیر قابل ارجاع

عبارت از فتق است که محتوی کیسه فتقیه دوباره بداخل بطن ارجاع نشده و علت آن التصاقات محتوی کیسه فتقیه با جدار داخل کیسه و یا بعضاً التصاقات انها بین هم که یك کتله بزرگتر از عنق را میسازد و گاهی از باعث قرار گرفتن کتله غایطه بداخل عروه معائی میباشد . در فتق قابل ارجاع اعراض و علایم سایر اختلاطات فتق موجود نبوده و اینوع فتق اکثراً دلالت به یك omentocele مخصوصاً ناحیه فخذی و ثروی مینماید . و بخاطر باشد که اختناق در فتقهای غیر قابل ارجاع زیاد تر مشاهده میشود .

فتق انسدادی

عبارت از یك فتق غیر قابل ارجاع است که محتوی ان امعاء میباشد و امعاء از داخل و یا خارج بدون ماوف شدن ارواء آن به انسداد معروض میگردد اعراض ان کمتر شدید بوده و شروع ان نظر به فتق های مختنق بسیار تدریجی میباشد چون تشخیص تفریقی ان از فتق مختنق مشکل است بناء باید مانند فتق های مختنق تداوی شود .

اصطلاح Incarceration نیز بعضاً بعوض فتقهای غیرقابل ارجاع انسدادی ومختنق بصورت محتاطانه استعمال شده وچون معنی دقیق ندارد بناًبرای فتقهای نوع اختلاطی استعمال نشود.

فتق مختنق

هر گاه محتوی کیسه فتقیه تحت فشارآنی و داوامدار قرار گیرد و باعث خرابی اروای

محتوی کیسه فتقیه شود فتق مختنق گفته میشود . فتق مختنق میتواند باعث گانگرین محتوی کیسه فتقیه بصورت مقدم (بعد از ٥-٦) ساعت گردد . گر چه فتق مغبنی نظر به فخذی چهار مرتبه بیشتر مشاهده میشود اما نسبت کوچك بودن عنق کیسه و جدار های سخت فوهه فتقیه ، اختناق در فتق فخذی زیادتر مشاهده میشود .

از نظر فزیوپتالوژی اختناق فتق سبب حوادث ذیل میشود :

١ - انسداد معائی با اعراض و علایم ان .

٢ - حوادت انتانی از باعث رکودت در ناحیه که باعث بلند رفتن ویرولانس میکروبی شده وانتان از ناحیه داخل جوف پریتوان و دوران عمومی شده وباعث پریتونیت و Septicaemia میگردد.

٣ - اسکیمی که باعث نکروز و تثقب امعاء شده میتواند .

اناتومو پتالوژی

هر گاه محتوی کیسه فتقیه انبوب هضمی باشد امعاء به انسداد معروض شده (به استثنای Richter's hernia) و علاوتاً اروای امعاء نیز مختل میگردد که در مرحله اول صرف باز گشت وریدی مانع شده جدار امعاء احتقانی و رنگ سرخ روشن را اختیار مینماید و یکمقدار مایع مصلی بداخل کیسه میریزد با پیشرفت افت و احتقان رنگ امعاء بنفش شده و در اثر ازدیاد فشار ، امعاء احتقانی متوسع شده و با پیشرفت رکودت وریدی ، دوران شریانی نیز متاثر شده خون در تحت غشای مصلی و داخل لومن امعاء خارج میگردد بدین ترتیب مایع داخل کیسه فتقیه خون الود شده و مایع شفاف مصلی ، مکدر و حاوی فبیرین میگردد جدار امعاء مقویت طبعی خویشرا از دست داده و بسیار شکنند میگردد این حادثه اجازه میدهد تا باکتریها جدار امعا را عبور و مایع داخل کیسه فتقیه غنی از باکتری گردد .

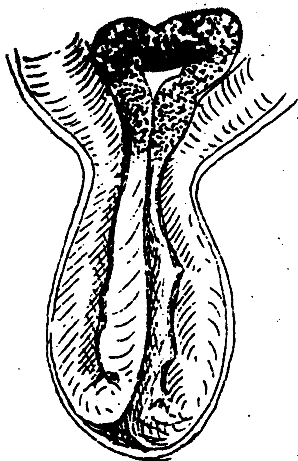
گانگرین ابتدا در خذای حلقه احتناقی مشاهده شده و این ناحیه فشرده و خاکستری میباشد و بعداً در وجه انتی میزانتریك پیدا شده و بطرف علوی تمادی پیدا میکند رنگ امعاء از باعث تغیرات خون در طبقه تحت المخاط از رنگ سیاه الی سبز بوده میتواند و مساریقه ناحیه اختناقی نیز مصاب گانگرین میگردد .

در صورتیکه اختناق رفع نگردد جدار امعاء در حذای اختناق و یا قسمت محدب لوپ امعاء تثقب کرده و در اثر انتشار انتان از کیسه فتقیه بداخل جوف پریتوان پریتونیت بوجود میاید .

در بعضی موارد امعاء بشکل retrograde به اختنـــاق معروض شده یعنی امعاء در داخل کیسه فتقیه نارمل و سالم بوده اما در داخل بطن به گانگرین معروض میگردد بناً در اثنای عملیات باید عروه پروکسیمل و دیستل ناحیه اختناقی در حدود ۵۰ - ۱۰۰ سانتی متر تفتیش شود اینوع فتق مختنق بنام شکل W یا Maydl's H نیز یاد میگردد.

تظاهرات سریری

تظاهرات سریری فتق مختنق عبارت از یك درد انی است که ابتدا در ناحیه فتقیه توضع داشته و بعدا به تمام بطن انتشار مینماید درد وصف اشتدادی داشته و زیاد تر در حذای ثره توضع دارد استفراغات شدید و متکرر بوده و ممکن مریض از بزرگ شدن فتق در تازه گی ها یاد آور شود .



شکل ۷۸ - اختناق شکل ریترو گراد

با معاینه کتله فتقیه سخت، نهایت حساس و غیر قابل ارجاع بوده و در اثنای سرفه توسع و impulse نشان نمی دهد.

هر گاه اختناق توسط مداخله جراحی رفع نگردد درد های اشتدادی تا زمانی ادامه میبابد که حرکات استداری امعا در اثر گانگرین از بین رود و از باعث پریتونیت و شاك، انسدادی فلجی تاسس نماید بناء از بین رفتن درد در یك فتق مختنق بصورت بنفسه یکی از علایم وخیم

۳ - علایم حیاتی مریض از قبیل نبض و فشار خون با دقت کنترول شود.
٤ - جهت نقیص افراز اسید Cimetidine از طریق ورید تطبیق شود.
٥ - بمجرد توقف خونریزی فعال شیر بطور منظم از طریق فمی هر ساعت و یا هر دو ساعت بعد یکبارتوصیه شود درصورت امکان هرچه زودتررژیم غذایی مریض نیمه جامد شود.
٦ - جهت جلوگیری ازانتانات ریوي فزیوتیراپی شروع و انتی بیوتیک به شکل وقایوی داده شود.
با پیروی از اصول فوق از جمله چهار مریض مصاب نزف معدی معائی اکثراً سه مریض شفایاب میگردد.

استطبابات تداوی جراحی

وفیات نزف معدی معائی درحدود ۱۰ ٪ بوده واین وفیات بیشتردر اشخاصی مشاهده می شود که عمر بیشتر از ٤٥ سال داشته و به نزف ادامه میدهند و یا با وجود که تحت رژیم فوق در شفاخانه قرار دارند نزف نزد شان نکس نماید بناً جراحی در مریضانی استطباب دارد که عمر بیشتر از ٤٥ سال دارند و به نزف ادامه میدهند (ادامه قی الدم میلانا و ازدیاد نبض و فشار خون پائین) و اشخاصی که نزد شان نزف دوباره نکس نماید. دراین مریضان نقل الدم ادامه داده شده و عاجلاً برای عملیات آماده میشوند و در اثنـای عملیات منشه نزف دریافت و کنترو ل شده که نوع عملیات در صورت نزف قرحات معده گاستریکتومی و در صورت قرحات اثناعشر واگوتومی و پیلوروپلاستی با دوختن قرحه میباشد. و مریضانی که وضع عمومی خراب و یأس آور دارند و عملیات بزرگ را تحمل کرده نمی توانند میتوان صرف به اجرای دوختن قرحه ویا erosion حاد اکتفا کرد.
در صورتیکه به کمك fibre - optiic endoscopy قبل از عملیات منشه نزف آشکار شده نتواند در اثنای عملیات، معده توسط عملیه gastrotomy باز شده علقات خون خارج و جهت دریافت محل نزف مخاط معده و اثناعشر به دقت تفتیش گردد.
مریضانی که با تداوی طبی شفا یاب میشوند باید در دوره نقاهت تحت معاینه و ارزیابی دقیق قرار گیرد. و در صورتیکه قرحه معده و اثناعشر دریافت گردد عملیات جراحی انتخابی

مرض میباشد .

سیر مرض

اگر فتق مختنق تداوی نشود اعراض انسدادی پیشرفت کرده و یك فلگمون در ناحیه اختناقی بوجود میاید . یعنی امعا در ناحیه اختناقی تثقب کرده و یك فلگمون غایطی تشکل مینماید .بناً سیر بدون عملیات فتق مختنق کشنده بوده وباید فتق مختنق عملیات و تداوی شود .

تشخیص

فتق مختنق با اعراض و علایم که فوقا ذکر گردید تشخیص شده و باید از ابسی های حاد و بارد و فلگمون ناحیه فتقیه تشخیص تفریقی شود که در این حالات درد موضعی بوده و اعراض انسدادی موجود نمی باشدهمچنان فتق مختنق از التهاب عقدات لمفاوی نواحی فتقیه مانند عقدات Cloquet تشخیص تفریقی شود.

هر گاه یك جراح بدون معاینه نواحی فتقیه به تشخیص انسداد میخانیکی امعا بطن مریض رابازنماید ودراثنای عملیات مشاهده شودکه نزد مریض فتق مختنق موجود است اشتباه بزرگ را مرتکب شده بنا باید در تمام وقایع انسداد امعاء فوحات فتقیه با دقت معاینه شود .

تـــــداوی

اگر از فتق مختنق اضافه تر از ٤-٦ ساعت گذشته باشد برای ارجاع آن با دست و فشار دادن مخصوصا در اطفال شیر خوار کوشش نشود (عملیه Taxis) زیرا این عمل میتواند باعث تمزق امعا و ارجاع عروه گانگرین شده بداخل بطن گردد لذا یگانه تداوی فتق مختنق عبارت از عملیات جراحی میباشد و هر قدر عملیات مقدم ترا جرا گردد به همان اندازه امعا و مساریقه ان زود تر از تحت فشار و اسکیمی نجات میابد.نزد این مریضان تحت انستیزی عمومی و یا موضعی یك شق بالای ناحیه فتقیه اجرا و بعد از شق طبقات ناحیه ، کیسه فتقیه دورتر از عنق باز میگردد تا از اثر آزاد شدن ring فتقیه از فرار امعاء وریختن مایع توکسیك

داخل کیسه به جوف پریتوان جلوگری شود بعد از باز کردن کیسه فتقیه مایع داخل ان اسپری و عروه معائی با دست گرفته شود و بعداً عنق کیسه و حلقه اختناقی باز میگردد.

- اگر رنگ امعاء کم تغیر کرده باشد و با تطبیق سیروم فزیولوژیك گرم رنگ ان دوباره اعاده و حرکات ان طبعی گردد امعاء دوباره بداخل بطن را نده میشود .

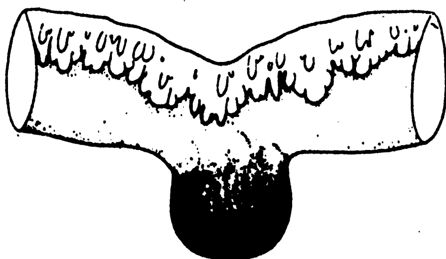
اگر رنگ امعاء بسیار تیره و سیانوتیك و مایع داخل ان خون آلود باشد و امعا حیاتیت خویشرا از دست داده باشد باید ناحیه مذکور ریزکشن شود .

- در صورتیکه چند نقطه نکروتیك بنفشوی و یا سیاه رنگ در امعاء موجود باشد میتوانیم ناحیه مذکور را با silk دو صفر تقویه نمائیم .

-هرگاه فلگمون وقیح درناحیه فتقیه تشکل وامعاءتثقب نموده باشد بهتراست اولاً از طریق بطن مداخله و قسمت پروکسیمل و دیستل امعاء از داخل بطن ریزکشن و دوباره انستموز داده شود بعداً پریتوان ناحیه فتقیه بسته شده و در اخر بالای ناحیه فتقیه مداخله و فلگمون بخارج درنیاژ میگردد و بهتر است ناحیه کاملاً باز گذاشته شود منظور از اینوع مداخله این است که قیح ناحیه فتقیه داخل جوف پریتوان نشود و از ایجاد پریتونیت جلوگیری گردد .

فتق مختنق Richter

این شکل فتق مختنق فوق العاده وخیم بوده زیرا نسبت اختناق یك قسمت کوچك جدارامعاء وعدم موجودیت لوحه انسدادی، عملیات جراحی اکثراً بتعویق می افتد. فتق نوعRichter زیاد تر در ناحیه فخذی مشاهده شده و علایم موضعی اختناق در صورت شحمی بودن خانم اکثراً غیر قابل



شکل «۷۹» فتق Richer گانگرین در یك واقعهء فتق مختنق فخذی

مشاهده میباشد. در این شکل اختناق ممکن مریض استفراغ نداشته و یا ۱-۲ بار استفراغ نماید . کولیك معائی مشاهده شده لاکن ترانزیت نارمل است و یا ممکن اسهال موجود باشد و قبضیت تام بصورت موخر بعد از تاسس انسداد فلجی مشاهده میشود بنا گانگرین قسمت

اختناقی امعاء و پریتونیت اکثراً قبل از اجرای عملیات جراحی تاسس مینماید .

Strangulated omentocele

اعراض ابتدائی ان عموماً مشابه اختناق امعاء بوده لاکن استفراغ و قبضیت ممکن موجود نباشد ثرب کبیر بر خلاف امعاء حیاتیت خویشرا با ارواء بسیار کم حفظ کرده بناً گانگرین در اینوع فتق مختنق نسبتاً موخر بوده و اول در مرکز بوجود میاید و و هرگاه اختناق رفع نگردد قسمت متموته ثرب به انتان معروض شده که این انتان برای روزها و هفته ها در خود کیسه موضعی باقی مانده و در صورت توضع ان در ناحیه مغبنی ، انتان مذکور بالاخره باعث ابسی سفن میگردد لاکن ممکن است انتان به پریتوان انتشار و باعث تشکل پریتونیت شود.

فتق های نوع التهابی (Inflamed hernia)

اینوع فتقها از باعث تخریش و منتن شدن محتوی کیسه فتقیه مانند اپاندیسیت و یا سلفانژیت و یا در اثر عوامل خارجی مانند استعمال غلط چره بند و غیره بوجود آمده که در اینصورت، کتلهٔ فتقیه حساس و دردناک بوده لاکن قوام سخت ندارد جلد ناحیه سرخ و اذیمائی است و باید نزد این مریضان عملیات جراحی غرض تداوی عامل سببی صورت گیرد.

انواع توپوگرافیک فتق ها

فتق مغبنی (Inguinal hernia)

فتق مغبنی قرار ذیل تصنیف میگردد :

۱ - فتق مغبنی غیر مستقیم (Indirect inguinal hernia) که اینوع فتق داخل فوهه عمیق مغبنی شده و قنات مغبنی را عبور مینماید .

۲ - فتق مغبنی مستقیم (Direct inguinal hernia) اینوع فتق جدار خلفی قنات مغبنی را بقدام می راند.

برای دانستن بهتر اینوع فتقها اناتومی ناحیه مغبنی را در اینجا مطالعه مینمائیم .

اناتومی ناحیه مغبنی. (شکل ۸۰)

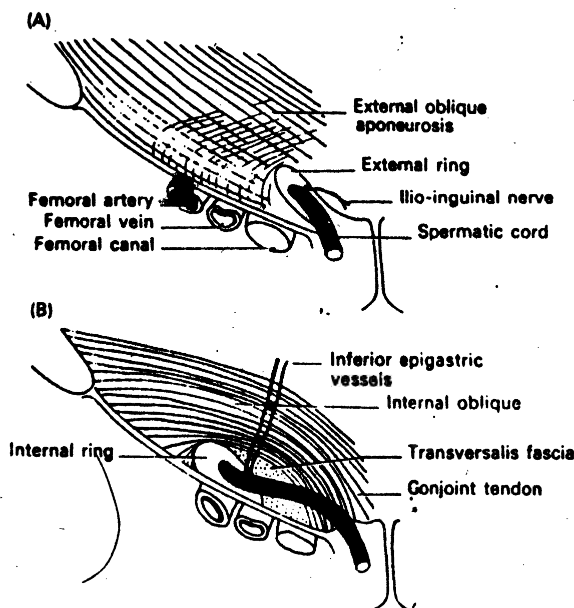
قنات مغبنی در قسمت سفلی جدار بطن قرار داشته و سیر مایل دارد که محتوی انرا کورد ، N.ilio-inguuinal و یك شعبه genital عصب genitofemoral در مرد ها ورباط مدور بعوض حبل منوی در خانم ها تشکیل میدهد این قنات ٤ سانتی متر طول داشته واز علوی به سفلی و از وحشی به انسی و از فوهه عمیق به طرف فوهه سطحی موازی به رباط مغبنی کمی علوی تر از آن قرار دارد .

در قدام - جلد ، صفاق سطحی ، external oblique aponeurosis تمام طول قنات را پوشانده و ثلث وحشی انرا عضله Internal oblique میپوشاند در خلف - رباط مزدوج (conjoint tendon) که متشکل از الیاف Int. obloque وعضله مستعرض بطن میباشد جدار خلفی قنات را در انسی ساخته و صفاق مستعرض در وحشی قرار دارد .

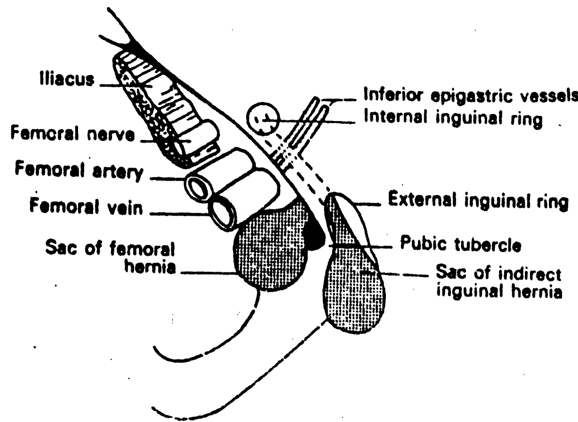
در علوی الیاف سفلی ترین Int. obloque ومستعرض این جدار را میسازد .

درسفلی -رباط مغبنی قرار دارد .

فوهه عمیق قنات نقطه است که از ان حبل منوی از میان صفاق مستعرض خارج شده



شکل «۸۰» اناتومی کانال انال مغبنی | الف | صفاق منحرفه کبیره موجود است | ب | صفاق باز شده است



شکل «۸۱» مقایسه ارتباطات فتق مغبنی غیر مستقیم و فتق فخذی .فتق مغبنیی در علوي و انسی pubic - Tubercle بوجود آمده در حالیکه فتق فخذی در سفلی و وحشی آن قرار دارد.

و در انسی آن اوعیه .epigastric inf که از اوعیه Iliac ext منشه میگیرد و بطرف علوی سیر مینمایدقرار دارد.

فوهه سطحی قنات مغبنی یك V, defect شکل بداخل فرو رفته در صفاق عضله منحرفه کبیره بوده که در علوی انسی pubic tubercle قرار دارد

حبل منوی (و در خانم ها رباط مدور) و عصب Ilio inguinal از کانال مغبنی عبور مینماید.

فتق مغبنی غیر مستقیم

Indirect (Oblique) Ing. hernia

این نوع فتق ازطریق فوهه عمیق داخل قنات مغبنی شده ودرصورت بزرگ بودن فوهه سطحی مغبنی را عبور وداخل سفن میگردد. فتق مغبنی غیر مستقیم نظر به تمام انواع فتق زیاد مشاهده شده و وقوعات آن د ر جوانان زیاد معمول میباشد در حالیکه فتق مغبنی مستقیم در سنین متوسط و بعد ازان زیاد تر مشاهده میگردد. در مرد ها فتق مغبنی غیر مستقیم در دهه

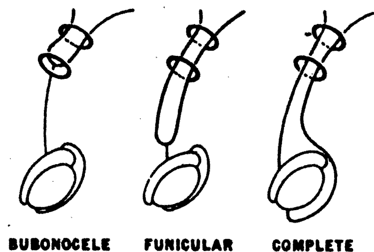
اول حیات زیاد تر معمول بوده که این حادثه بدون شك با تاخیر در نزول خصیه راست همراه میباشد در حالیکه بعد از دهه دوم حیات کثرت وقوعات فتق مغبنی چپ مانند راست است فتق مغبنی در ۳۰٪ وقایع دو طرفه بوده وسه شکل فتق مغبنی غیر مستقیم وجود دارد:

۱- شکل Bubonocele که در اینصورت فتق منحصرومحدود به قنات مغبنی میباشد

۲ - شکل Funicular - دراین شکل فتق ، processus vaginalis درفوق بربخ مسدود شده و محتوی فتقیه از خصیه که در تحت آن قرار دارد به صورت جدا جس میگردد.

۳ - فــتق تام یا Scrotal این نوع فتق نادراًدرزمان تولدموجودبوده لیکن دراطفال جوانان، واشخاص کاهل زیاد مشاهده میگردد. دراین شکل فتق، خصیه درقسمت سفلی ترین فتق قرار دارد.

Bubonocele - 1
Funicular - 2
Complete - 3



شکل «۸۲» انواع فتق مغبنی غیر مستقیم یا منحرف

تظاهرات سریری

فتق مغبنی غیرمستقیم در هر سن و سال مشاهده شده که مرد ها نظر به خانمها ۲۰ مرتبه بیشتر مصاب مرض میگردد . این مریضان در اثنای انجام وظایف سنگین و تمرینات شدید از درد کشاله ران (groin region) ویا درد های راجعه خصیه شاکی بوده هرگاه از مریض خواهش شود که سرفه نماید. یك کتله و تورم گذری که IMPULSE نشان میدهد قابل مشاهده و جس میباشد. هرگاه کیسه فتقیه منحصر و محدود به قنات مغبنی باشد تورم و bulging مذکور با مشاهده ناحیه مغبنی از جنب ویابا مشاهده جدار بطن مریض از علوی درحالیکه طبیب کمی بخلف شانه مربوطه مریض ایستاده باشد بخوبی مشاهده شده میتواند.

زمانیکه فتق مغبنی غیر مستقیم ازنظر جسامت بزرگ گردید در اثنای سرفه زیادتر واضح و قابل مشاهده شده و باگذشت زمان فتق به مجرد ایستاده شذن مریض پائین میآید. در فتقهای بزرگ مریض احساس سنگینی نموده و کشش مساریقه امعاء ممکن باعث تولید درد های اپی گاستریك شود و هرگاه محتوی کیسه فتقیه قابل ارجاع باشد کانال مغبنی متوسع دریافت میگردد.

در اطفال کتله فتقیه در اثنای گریه مشاهده شده که کتله مذکور در اطفال شیر خوار و سالهای اول حیات translucent بوده در حالیکه در کاهلان این وصف هرگز موجود نمی باشد. در دختران جوان در صورت عدم توسع حوصله ممکن یك تخمدان محتوی کیسه فتقیه را تشکیل دهد.

تشخیص تفریقی

در مرد ها -

۱ - Vaginal hydrocele.

۲ - کیست کوردون (an encysted hydrocele of the cord).

۳ - Spermatocele.

٤ - فتق فخذی.

۵ - با خصیه که در اثرنزول ناکافی در قنات مغبنی قرار دارد و اکثراً مترافق با فتق مغبنی میباشد.

٦ - لیپو مای کورد، که تشخیص تفریقی آن اکثراً مشکل بوده و در اثنای عملیات وضع میگردد.

در خانمها -

۱ - هایدروسل قنات Nuck که پرابلم بزرگی را از نظر تشخیص تفریقی میسازد.

۲ - فتق فخذی.

فتق مغبنی مستقیم

(Direct inguinal hernia)

فتق مغبنی مستقیم ۱۰- ۱۵٪ فتق مغبنی را تشکیل میدهد و در اضافه تر از نصف وقایع دو طرفه میباشد . این فتق اکثراً کسبی بوده و کیسه فتقیه ازطریق یك ناحیه ضعیفه یا defect صفاق مستعرض در جدار خلفی قنات مغبنی خارج میگردد که در بعضی وقایع defect کوچك بوده و بتماس نزدیك رباط مزدوج قرار دارد در حال که در یکتعداد وقایع دیگر یك تورم بزرگ موجود میباشد. نزد این مریضان عضلات قسمت سفلی بطن ضعیف بوده و در خانمها فتق مغبنی مستقیم مشاهده نمیگردد. فکتور های مساعد کننده مرض، سرفه مزمن ، زور زدن ، و کار های شاقه میباشد . همچنان ماوف شدن عصب Ilioinguial (مثلاً در عملیات اپاندیکتومی قبلی) ا ز جمله اسباب شناخته شده دیگر مرض میباشد.

فتق مغبنی مستقیم بعضاً جسامت بزرگ پیدا کرده و نادراً به سفن پائین میگردد این فتق د ر خلف کورد قرار داشته که بدین ترتیب از فتق مغبنی غیر مستقیم تشخیص تفریقی میگردد و چون کسبی است لذا در اطفال و نوجوانان نهایت نادر بوده و نسبت بزرگ بودن فوهه آن در حالت ایستاده فوراً ظاهرشده و بحالت خوابیده دفعتاً از بین میرود . و اختناق نیز از باعث بزرگ بودن فوهه فتقیه نادر میباشد.

از نظر سریری گرچه تشخیص تفریقی بین فتق مغبنی مستقیم و غیر مستقیم آسان است ولی تشخیص نهایی در اثنای عملیات وضع شده که برای این منظور اوعیه اپی گاستریك سفلی رهنمای خوب بوده یعنی هرگاه کیسه فتقیه از وحشی اوعیه مذکور بگذرد فتق غیر مستقیم و اگر ازانسی آن بگذرد فتق مغبنی مستقیم است . بخاطر باشد که بعضاً فتق مغبنی مستقیم و غیر مستقیم بصورت مترافق و یکجا بوده میتواند.

تداوی فتق مغبنی

در اطفال شیر خوار نادراً فتق ولادی بصورت بنفسه بسته شده در غیر آن در سن تقریباً یکسالگی کیسه فتقیه توسط عملیه جراحی برداشته شود.

در کاهلان تداوی فتق مغبنی عملیات جراحی بوده که این عملیات شامل برداشتن کیسه فتقیه و ترمیم جدار ضعیف قنات مغبنی میباشد. طوریکه شق جلدی موازی به رباط مغبنی تقریباً ۲۵، ۱ سانتی متر علوی تر از آن در دوبرسه انسی این رباط اجراء و بعد از شق طبقات این ناحیه ، صفاق عضله منحرفه کبیره موازی به الیاف آن شق شده کورد تسلیخ و کیسه فتقیه دریافت میگردد و ا ز قسمت عنق بسته و قسمت اضافی آن برداشته میشود و بعداً ترمیم و تقویه جدار بطن با دوختن رباط مزدوج و رباط مغبنی در پلان عمیق صورت میگیرد . و در صورتیکه حبل منوی در قدام این ترمیم قرار گیرد بنام طریقه Bassini و اگر در خلف قرار گیرد بنام طریقه Farquharson یاد میشود .

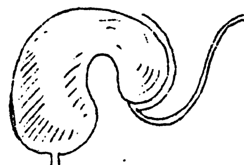
ترمیم فتق مستقیم مغبنی نیز مانند فتق غیر مستقیم بوده صرف در اینجا کیسه فتقیه برداشته نشده و بعد از آزاد نمودن ان ازساختمان های مجاور ، دو باره بداخل بطن ارجاع و فتق مانند فوق ترمیم میگردد. در اینجا بعضاً جهت ترمیم و تقویه جدار خلفی قنات مغبنی از بعضی مواد سینتیتیك از قبیل Dacron mesh و غیره نیز استفاده می شود.

فتق لغزنده

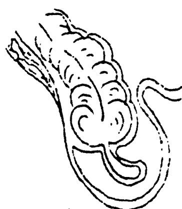
(Sliding hernia)

درین نوع فتق در اثر لغزش پریتوا ن جداری خلفی که روی احشای خلف پریتوانی رامی پوشاند یك قسمت جدار خلفی کیسه فتقیه را در طرف چپ کولون سیگموئید و مساریقه آن و در طرف راست سیکوم ویا یك قسمت مثانه در هر دو طرف میسازد . و اینکه سیکوم اپندکس یا یك قسمت کولون ویا سایر احشای داخل کیسه فتقیه باعث تشکل فتق نوع sliding نشده باید کاملاً واضح گردد . فتق sliding امعاء رقیقه یك واقعه در دو هزار

واقعه و فتق sliding بدون کیسه یك واقعه در هشت هزار واقعه مشاهده میشود.



الف



ب

شکل «۸۳» | فتق sliding

الف - فتق نوع لغزنده که محتوی آنرا مثانه تشکیل میدهد

ب - سیکوم و اپاندکس در فتق لغزنده طرف راست

تظاهرات سریری

فـتق نوع sliding تقریباً محدود به طبقه مردها بوده و ازجمله شش فتق نوع sliding پنج آن بطرف چپ توضع داشته و فتق لغزنده دو طرفه نهایت نادر می باشد . این مریضان اکثراً سن زیاد تر از ٤٠ سال داشته و با پیشترفت سن وقوعات مرض افزایش میبابد. دریافت های کلینیکی pathognomonic برای فـتق نوع sliding موجود نبوده لاکن احتمال موجودیت این نوع فتق در هر فتق بزرگ فصیصی مغبنی که به سفن پائین میگردد مد نظرباشد. امعاء غلیظه(ویاسیکوم واپاندکس در طرف راست) اکثراً دریك فتق لغزنده موجود میباشد.

امعاء غلیظه بصورت نادر در یك فتق sliding به اختناق معروض شده واکثراً امعاء غلیظه که به اختناق معروض نشده در قسمت خلفی کیسه که حاوی امعاء رقیقه اختناقی میباشد توضع دارد.

تـــــــداوی

تداوی وکنترول فتق نوع sliding توسط چره بند نا ممکن بوده و به صورت عموم این نوع فتق باعث ناراحتی زیاد شده بناءً عملیات توصیه شده و نتائج تداوی جراحی اکثرا

توصیه شود و باید گفت که قرحه مزمن که یك بار خون بدهد احتمال نزف بعدی نیز میرود.
تداوی نزف سایر نواحی طرق معدی معائی علوی در مبحث مربوطه شان مطالعه میگردد.

تومور های معده

تصنیف

تومور های معده به دو دسته یعنی سلیم و خبیث تقسیم میگردند.

الف - تومور های سلیم معده

۱ - تومور های اپی تیلیل

الف - ادینو ما که میتواند واحد ویا متعدد (Gastric polyposis) باشد.

ب - لئیومیوما

۲ - تومور های نسج منظم

الف - فیبروما

ب - نورو فیبروما

۳ - تومور های وعائی مانند هیمانو جیوما

ب - تومور های خبیث

۱ - تومور های خبیث ابتدایی

الف - ادینو کارسینوما

ب - لئیومیو سارکوما

ج - مرض هوجکین

۲ - تومور های خبیث ثانوی

که درین صورت معده توسط تومور های احشای مجاور (پانکراس ، کولون و غیره) اشغال میگردد.

تومور های سلیم معده

این تومور ها با وجود اینکه ۳ ٪ تمام نیوپلازم معده را تشکیل میدهد اما نسبت کثرت

خوب میباشد.

فتق فخذی

(Femoral hernia)

هرگاه احشای بطنی قنات فخذی را از تحت رباط مغبنی عبور و در مثلث Scarpa تحت جلد ظاهر گردد فتق فخذی گفته میشود .

از نظر کثرت وقوعات فتق فخذی مقام سوم داشته (فتق نوع incisional مقام دوم را حایز میباشد.) و ۲۰٪ فتق را در خانم ها و ۵٪ را در مرد ها تشکیل میدهد. فتق فخذی نسبت اینکه توسط چره بند کنترول نشده و از باعث تنگ بودن عنق کیسه و سخت بودن فوهه فخذی نظر به همه انواع فتق زیاد تربه اختناق معروض میگردد دارای اهمیت زیاد میباشد.

اناتومی

قنات فخذی تقریباً ۱.۵ سانتی متر طول داشته و صرف نهایت انگشت کوچك را اجازه دخول میدهد این قنات در انسی شیت فخذی که در آن ورید و شریان سیر دارد موقعیت داشته و کنار های آن عبارت اند از:

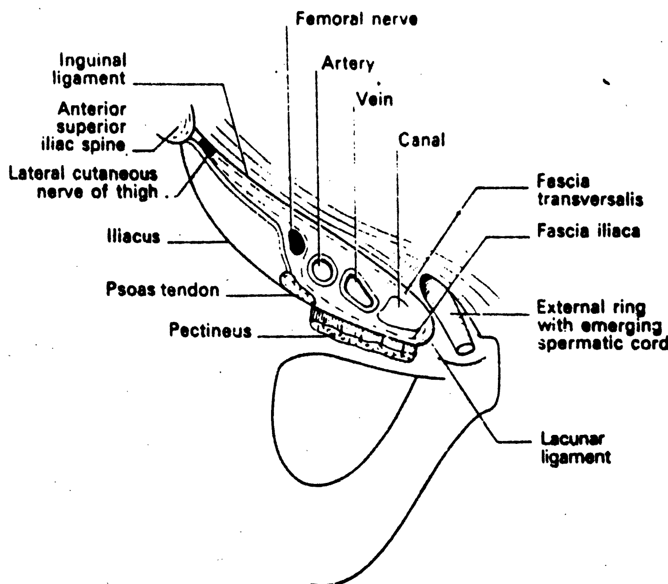
۱ - در قدام - رباط مغبنی.

۲ - در انسی - حافه تیز کارد مانند قسمت pectineal رباط مغبنی بکه نام Lig. lacunar یا Gimbernat نیز یاد میشود

۳ - در وحشی ورید ی فخذی

٤ - در خلف رباط Cooper که این رباط توسط پریوست ضخیم در امتداد شعبه علوی عظم عانه تشکیل شده که درانسی به قسمت pectineal رباط مغبنی تمادی دارد.

قنات فخذی حاوی شحم، و عقدات لمفاوي(عقده لمفاوی Cloquet) میباشد.



شکل «۸۴» اناتومی کانال فخذی و عناصرمجاور آن برای نشان دادن مجاورت آن با این ساختمانها

وقوعات فتق فخذی از نظرجنس

نسبت فتق فخذی درخانمهاو مرد ها ۲:۱بوده درحالیکه این نوع فتق خانم های مسن را مصاب میسازد اما در مرد ها بین سنین ۳۰ - ٤٥ ساله مشاهده میشود.فتق درخانمهاکه زیاد ولادت کرده نظر به آنهاییکه کمتر ولادت کرده اند زیاد تر مشاهده شده وحوصله وسیع خانمها یك فکتور مساعدت کننده در تولید فتق میباشد.

پتولوژی

این فتق بعد از اینکه قنات فخذی را عبور نمود الی فوهه saphenous پائین آمـده و چون فتق مذکور از قنات فخذی که دارای جدار های غیرقابل اتساع میباشد میگذرد بناءً کوچك بوده لاکن زمانیکه فوهه saphenous را عبور وبه نسج سست areolar جذر ران رسید بعضاً بصورت قابل ملاحظه بزرگ میگردد. فتق فخذی زیاد متوسع شکل مدور را

داشته و نهایت علوی آن علوی تر از رباط مغبنی بود ه میتواند و به مرور زمان محتوی فتق از باعث سیر معوج خویش غیرقابل ارجاع شده و مساعد به اختناق میگردد.

تظاهرات سریری

فتق فخذی قبل از بلوغ نادر بوده و شیوع آن بین سنین ۲۰ - ٤۰ سالگی فزایش یافته و این افزایش الی سنین پیشرفته ادامه میبابد. فتق در طرف راست نظربه چپ ده مرتبه بیشتر مشاهده شده و در ۲۰ ٪ وقایع فتق دو طرفه میباشد . اعراض فتق فخذی نظربه مغبنی کمتر واضح و متبارز بوده و فتق کوچك فخذی میتواند سالها ازنظر مریض مخفی باقیماند تا زمانیکه ممکن روزی به اختناق معروض گردد.التصاق ثرب کبیر در این نوع فتقها بعضاً باعث درد های نارام کننده شده و کیسه فتقیه بصورت نادر بزرگ میباشد.

تشخیص تفریقی

فتق فخذی باید باآفات ذیل تشخیص تفریقی شود.

۱ - با فتق مغبنی - فتق مغبنی درعلوی انسی نهایت انسی رباط مغبنی که با Tuberculum pubicum التصاق داردقرارداشته درحالیکه فتق فخذی سفلی ترازان قرار دارد. و بخاطر باشدکه بعضاً غور کیسه فتقیه فخذی علوی تر از رباط مغبنی قرار میگیرد.

۲- با Saphena varix - که یك توسع کیسوی وریدvena saphena magna بوده و اکثراً مترافق با سایرعلایم Varicose vein میباشد.این کتله بحالت اصطجاع ظهری کاملاً ازبین رفته در حالیکه فتق فخذی هنوز هم قابل جس میباشد. هر دو حالت با سرفه Impulse نشان داده و در Saphena varix در اثنای سرفه ویابسته نمودن ورید پائینتر از varix ممکن Fluid thrill جس شود . و بعضاً ممکن یك صدای وریدی (Venous hum) با گذاشتن ستاتیسکوپ بالای saphena varix شنیده شود.

۳ - با عقده لمفاوی ضخاموی فخذی - تشخیص در صورتیکه سایر عقدات لمفاوی ناحیوی بزرگ باشد آسان بود لاکن در وقایع که صرف عقده Cloquet معروض به ضخامه

شده باشد تشخیص در صورت عدم دریافت جرحه ویا خراش منتن در طرف مربوطه یاناحیه عجان ناممکن بوده و در صورت مشکوك بودن باید مداخلهء جراحی اجرا ء شود.

٤ - با لیپوما -

٥ - با انوزیرم فخذي.

٦ - با ابسی پسواس- در اینصورت کتله مذکور متموج و ابسی حرقفی موجود میباشد. که با کتله تحت سوال ارتباط دارد. و معاینه فقرات و رادیوگرافی آن تشخیص راواضح میسازد.

٧ - با psoas bursa متوسع - این تورم با قبض مفصل حرقفی فخذی کوچك شده و osteoarthrose مفصل مذکور موجود باشد.

٨ - با تمزق عضله Adductor Longus که مترافق با هیماتوم باشد.

تـــــداوی

چون فتق فخذی اکثراً به اختناق معروض میگردد بناءً باید زود تر عملیات شوند و بنا بر همین دلیل استعمال چره بند نیز در این نوع فتق مضاد استطباب میباشد.

تداوی جراحی

این نوع فتق از طریق سفلی(Lock wood) ، علوی (Mc evedy) ویا از طریق مغبنی عملیات شده و قبل ازشروع عملیات باید مثانه و معده تخلیه گردد که بعد از شق جلد و تحت جلد ، کیسه فتقیه در یافت و الی عنق تسلیخ میگردد و بعد از باز نمودن کیسه محتوی آن بداخل بطن رجاع و عنق کیسه از قسمت علویترین آن بسته شده و جدار بطن با دوختن رباط Iliopectineal (رباط Cooper) بارباط مزدوج ویا رباط مغبنی در پلان عمیق و صفاق منحرف کبیره باصفاق عضله pectinea در پلان سطحی تقویه میگردد. و در اثنای عملیات دقت شود تا ورید فخذی ماوف نگردد.

فتق بعداز عملیات

(Incisional hernia)

ایتولوژی

اینوع فتق زیاد تر در اشخاص چاق مشاهده شده و سرفه دوامدار با انتفاخ بطنی بعد ازعملیات در ایتولوژی فتق رول زیاد دارد. وقوعات فتق Incisional نسبت انتان جرحه عملیاتهای پریتونیت زیاد بوده کشیدن تیوب دریناژ بعوض جرحه لپراتومی از طریق یك جرحه جداگانه باعث تنقیص وقوعات مرض شده است.

فتق Incisional اکثراً در صفحهء مقدم بعد از عملیات به شکل یك تمزق قسمی طبقات عمیقه جرحه لپراتومی که بدون اعراض میباشد شروع شده ودر صورت سالم باقی ماندن جلد بعد ازبرداشتن کوکها اکثراً ازنظردور باقی می ماند. آمدن افرازات مصلی دموی (serosanguineous) ازجرحه عملیاتی دلالت به حادثه dehiscence کرده و در چنین وقایع خیاطه گذاری طبات عمیقه جرحه عملیاتی که از هم دور شده از تشکل فتق بزرگ در آینده که ترمیم آن مشکل است جلوگیری مینماید.

تظاهرات سریری

فتق نوع incisional از نظر بزرگی بدرجات مختلف مشاهده شده و از یك فتق کوچك در قسمت سفلی ندبه عملیاتی الی یك فتق بزرگ در تمام طول ندبه عملیاتی سابقه به شکل یك Bulging مشاهده شده میتواند. جسامت این فتق ها مخصوصاً انهاییکه از طریق ندبه سفلی بطن بوجود می آید تدریجاً زیاد شده ویك قسمت زیاد محتوی آن غیر قابل ارجاع میگردد. و جلد که روی این نوع فتق را میپوشاند بعضاً انقدر نازك و ضموری است که حرکات استداری امعاد در تحت آن قابل دید میباشد. حملات انسدادی تحت الحاد معمول بوده واختناق در قسمت عنق یك کیسه کوچك ویا بداخل اجواف کیسه بزرگ بوجود آمده میتواند.

تـــــــداوی

۱- تـداوی palliative - استعمال شکم بند مخصوصاً در وقـایع که فتق در ندبه بطنی علوی توضع داشته باشد کافی می باشد.

۲ - تداوی جراحی - طریقه های مختلف تداوی جراحی موجود است

اهتمامات قبل ازعملیات - برای ترمیم درست و بهتر فتق ، اهتمامات مخصوص قبل از عملیات موجود است . درصورتیکه مریض چاق باشد باید وزن آن توسط پرهیز غذائی کم گردد درغیر آن ارجاع محتوی فتق بزرگ بداخل جوف اصلی بطن که برای مدت چند سال در آن قرار نداشته خالی از خطر نبوده و علاوه از خطرنکس فتق ، احتمال انسداد فلجی از باعث فشار بالای احشای بطنی نیز میرود و ممکن اختلاطات تنفسی از باعث بلند رفتن حجاب حاجز مشاهده شود.

اساسات و پرنسیپ های عملیات - بعداز برداشتن ندبه عملیاتی کیسه فتقیه تسلیخ شده بعداً کیسه باز و محتوی آن بداخل بطن ارجاع میگردد و قبل از آشکار شدن دهانه کیسه ، التصاقات امعاء و ثرب آزاد میگردد. و طبقات جدار بطن قرار ذیل با مواد دوخت غیر قابل رشف ترمیم میگردد:

۱- پریتوان ۲ - طبقات صفاق- کنار های وحشی صفاق از عضلات که بالای آن قرار دارد آزاد شده و در طول جرحه توسط خیاطه های متقطع با هم نزدیك میگردد.

۳ - عضلات وطبقه قدامی صفاق باهم نزدیك شده و ممکن جهت از بین بردن کشش و فشارایجاب نماید تا دور ترازناحیه شق ها اجراءگردد. (tension relaxing incision)

باید گفت که دراین اواخر فتقهای incisional بدون کشش صفاق های جدار بطن با استفاده از مواد سنتیتیك از قبیل mesh, tantalum gauze و net ساخته شده از نیلون یا Dacron ترمیم میگردد.

فتق ثروی

عبارت از فتق است که محتوی فتق فوهه ثروی را عبور و تحت جلد ظاهر گردد . فتق ثروی میتواند نزد نوزادان ، اطفال واشخاص کاهل مشاهده شود که این سه نوع فتق از نظر اناتومی ، پتوژنی، سیر، انذار، و بالاخره تداوی از هم فرق دارند.

فتق ثروی نوزادان

(Umbilical hernia)

:Exomphalos

این نوع فتق درهر شش هزار ولادت یك واقعه مشاهده شده و علت آن عدم برگشت یك قسمت یا تمام mid - gut بداخل جوف پریتوان در زمان حیات جنینی میباشد . هرگاه کیسه فتقیه بزرگ باشد در اثنای ولادت تمزق کرده و در صورت عدم تمزق کیسه مذکور نازك وشفاف بوده و از سه طبقه تشکیل شده که از خارج بداخل عبارت اند از:

غشای امنیوتیك، Wharton's jelly و پریتوان.

دو شکل exomphalos موجود است:

۱ - Exomphalos minor - درین شکل کیسه فتقیه نسبتاً کوچك بوده و ذروهء آن با حبل ثروی التصاق دارد و در صورتیکه محتوی فتق امعاء رقیقه ویا رتج میکل باشد در اثنای بسته نمودن حبل ثروی از حذای قاعدهء آن احشای مذکور سهواً لیگاتور شده میتواند.

۲ - Exomphalos major - در اینصورت کورد در وجه سفلی کتله فتقیه التصاق داشته و محتوی کیسه فتقیه را امعاء رقیقه ، غلیظه و اکثراًیك قسمت کبد تشکیل میدهد. و نصف فتق ثروی نوزادان از این نوع میباشد.

تـــــداوی

۱ - تداوی Exomphalos minor - در این شکل جهت ارجاع محتوی کیسه فتقیه بداخل بطن از طریق ثوهه کوچك ثروی کورد تدور داده شده و جهت محافظه آن بحالت ارجاع شده توسط یك بنداژ از ناحیه محکم بسته میکردد و بنداژ مذکور با وجود موجودیت افرازات مصلی قیحی الی ۱٤ روز دور نمی گردد.

۲ - تداوی Exomphalos major - در این شکل یگانه امید، عملیات جراحی در چند ساعت اول حیات بوده در غیر آن کیسه فتقیه تمزق کرده و باعث پریتونیت و مرگ میگردد. در این شکل مرض باید نوزاد جهت جلوگیری از توسع زیاد محتوی فتقیه تغذی نشود . وباید گفت که در صورت تمزق کیسه نیز عملیات عاجل و تداوی با انتی بیوتیك ها باعث نجات چند طفل شده است.

فتق ثروی شیر خواران و اطفال

این فتق از طریق ندبه ثروی ضعیف اکثراً در نتیجه انتانات زمان نوزادی بوجود آمده در پسران نظربه دختران زیاد مشاهده شده است. (۱:۲) و اکثراً بدون اعراض میباشد. لاکن زیاد شدن جسامت فتق در اثرگریه باعث تولید درد شده و فتق کوچك شکل کروی داشته در صورت بزرگ شدن شکل مخروطی را گرفته و بدون گریه نیز مشاهده میشود. انسداد واختناق در این نوع فتق قبل از سنین سه سالگی نهایت نادر است.

تـــــداوی

تداوی محافظه کارانه که عبارت از غیر متحرك ساختن ناحیه میباشد در ۹۳ ٪ وقایع باعث شفای فتق شده و در صورتیکه فتق بدون اعراض باشد به والدین طفل اطمینان داده شود که ممکن طفل در چند ماه اول حیات بصورت بنفسه شفایاب گردد. همچنان نزدیك نمودن جلد و عضلات جدار بطن با هم و تثبیت آن توسط بنداژ الاستیك adhesive باعث تسریع تداوی میگردد.

Herniorrhaphy

هرگاه تداوی محافظه کارانه باعث شفای فتق نگردد بهتر است در سن تقریباً دو سالگی عملیات جراحی Herniorrhaphy اجرا شود.

فتق Paraumbilical کاهلان

(Supra or infra umbilical hernia)

این نوع فتق از طریق ندبه ثروی خارج نشده بلکه از طریق خط ابیض راساً درفوق و بعضاً در تحت ثره بوجود می آید. و زمانیکه بزرگ گردید شکل بیضوی و یا مدور را گرفته بطرف سفلی پائین میاید . فتق paraumbilical میتواند بسیار بزرگ شود و عنق کیسه به مقایسه جسامت کیسه و حجم محتوی ان (امعاء رقیقه، ویك قسمت کولون مستعرض) بسیار کوچك میباشد . در اشکال پیشرفته بعضاً نسبت التصاقات ثرب با غور، کیسه فتقیه شکل چند جوفی را اختیار مینماید.

تظاهرات سریری

فتق paraumbilical در خانمها نظر به مرد هاپنج مرتبه بیشتر مشاهده میشود این مریضان اکثراً چاق بوده ۳۵ - ۵۰ سال عمر دارند . چاقی روبه ازدیاد با سستی عضلات جدار بطن و حمل های متکرر از جمله فکتور های مهم در تولید مرض میباشد .این نوع فتق نسبت التصاق ثرب با کیسه فتقیه بزودی غیر قابل ارجاع شده و فتق بزرگ در اثر کشش وزن خویش باعث تولید دردمیگردد . همچنان در اثر کشش معده ویا کولون مستعرض اعراض معدی معایی مشاهده شده و حملات تحت الحاد انسدادمعائی و کولیك های گذری اکثراً موجود میباشد . و در اشکال پیشرفته intertrigo در قسمت التوا جلد بطن یك اختلاط است که باعث تکلیف مریض میگردد.

تــــــداوی

فـــتق paraumbilical در صورت عدم تداوی بزرگ شده و محتوی آن بیش تر غیر قابل ارجاع میگردد. و در نهایت معروض به اختناق میشود . در صورتیکه مریض چاق و فتق بدون اعراض باشد میتوانیم الی تنقیص وزن عملیات را به تعویق اندازیم . هرگاه فتق کوچك باشد defect صفاقی توسط چند خیاطه غیر قابل رشف بصورت متقطع ترمیم شده و در صورت بزرگ بودن فتق، به میتود Mayo ترمیم میگردد.

فتق شرصوفی

(Epigastric hernia)

این نوع فتـــــق از طریق یك defect خط ابیـــض بوجود آمـــده و ا ز processus xyphoid الی ثره در هر ناحیه توضع کرده میتواند لاکن اکثراً در وسط این دو ناحیه مشاهده میشود . فتق شرصوفی به شکل یك لغزش شحم خارج پریتوانی ازطریق خط ابیض شروع شده و طوریکه میدانیم خط ابیض توسط اوعیه کوچك دموی سوراخ شده بناءً بعضاً میتواند اضافه تر از یك فتق موجود باشد.

فتق شرصوفی به جســـامت یك نخود عبارت از شحم extraperitoneal بـــوده (Fatty hernia of the linea alba) وبا بزرگ شدن فتق رتج پریتوانی به کشش معروض شده و فتق اپی گاستریك حقیقی را بوجود می آورد . در این نوع فتق نسبت کوچك بودن عنق فتق ، احشای مجوف داخل کیسه فتقیه شده نتوانسته بناءً کیسه فتقیه خالی ویا حاوی یك قست کوچك ثرب کبیر میباشد.

فتق شرصوفی میتواند در تنیجه یك جهد آنی که باعث پاره شدن الیاف خط ابیض میگردد بوجود آید . این مریضان اکثراً کارگران دستی بوده و ۳۰ - ٤٥ سال عمر دارند.

وقایع و وخامت کارسینومای معده از نظر دور مانده است.

لئیومیوما (Leiomyoma)

لئیومیوما از جملهء معلومترین تومورهای معده بوده و این تومور سلیم اکثراً بودن اعراض است وزمانی تشخیص میگردد که کتله بزرگ وهموار را درناحیه اپیگاستریك بوجود آرد لئیومیوما بعضاً بطرف طبقه مصلی معده نشونما کرده لاکن اکثراً بطرف داخل لومن معده پیش رفته و میتواند باعث میلانا، سوهاضمه و درد های ناحیه اپی گاستریك شود قی الدم از جمله اعراض بسیار معمول مرض بوده که در تنیجه یك قرحه عمیق مرکز تومور مشاهده می شود.

رادیو گرافی معده با مواد کثیفه نقص امتلا (Filling defect) را نشان داده و باید بخاطر داشت که Necrobiosis تومورمیتواند باعث تثقب معده ونزف داخل پریتوانی شود.

تداوی آن برداشتن تومور بصورت موضعی میباشد.

نورو فیبروما و نورو لیموما

این تومور ها مانند لئیومیوما اعراض داشته و از شیت عصبی منشه میگیرند .

ادینو ماتوز پولیپ

این تومور بعضاً واحد بوده اما اکثراً متعدد میباشد و در نصف سفلی معده توضع داشته اعراض اکثراً نزف و درد بطنی میباشد . این تومور مترافق یا achlorhydria بوده و در صورت توضع تومور سویقدار در ناحیه پیلور یا انتروم میتواند باعث انسداد پیلور شود . مرض توسط گاستروسکوپی و کلیشه رادیوگرافی تشخیص شده و چون به خباثت تمایل دارند بناءً تمام پولیپ ها باید توسط عملیه گاستریکتومی قسمی برداشته شوند.

تومور های خبیث معده

کارسینومای معده

کارسینومای معده یکی از مهمترین اسباب مرگ و میر مرد ها در کشور انگلستان بوده

اوعیه لنفاوی معده به چهار گروپ عمده تقسیم شده که هر گروپ لنف وجه قدامی و خلفی معده را درنباژ کرده و با وجود که بین هم ارتباط دارند دسامات شان جریان لنف را قرار ذیل رهنمائی مینماید:

لنف نصف علوی معده اولاً به عقدات لنفاوی معدوی چپ و طحالی ریخته و از آنجا به عقدات پانکراسی علوی راست ، متوسط و چپ میریزد.

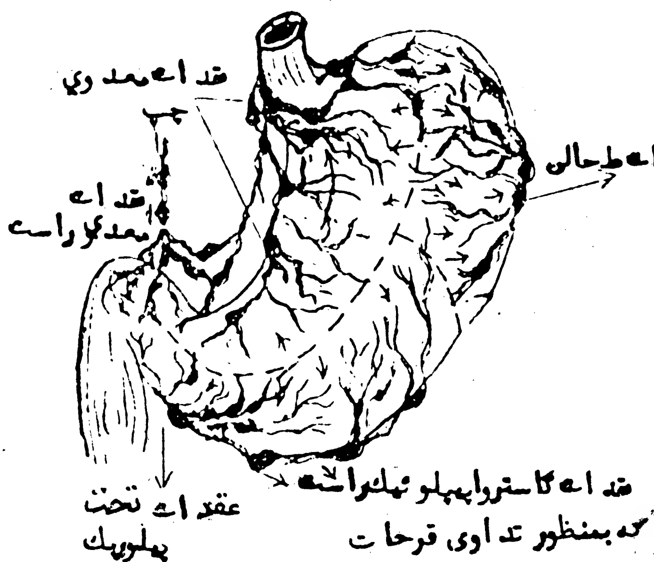
لنف ناحیه انتروم معده در علوی به عقدات لنفاوی معدوی راست و در سفلی به عقدات لنفاوی گاسترو اپی پلوئیك راست و sub pyloric میریزد.

لنف ناحیه پیلور معده در علوی به عقدات لنفاوی معدوی راست (suprapyloric) و در سفلی به عقدات لنفاوی sub pyloric که در اطراف شریان معدوی اثناعشری قرار دارد میریزد. لنف efferent از عقدات لنفاوی suprapyloric به عقدات لنفاوی محیط ابهر که بدورادور Coeliac axis قرار دارد رسیده ودر حالیکه لنف efferent از عقدات لنفاوی subpyloic به عقدات لنفاوی اساسی مساریقی علوی که بدورادور جذر شریان مساریقی علوی قرار دارد میریزد. لنف ناحیه کاردیا معده با لنف مری ارتباط دارد.

اعصاب

معده توسط دو سیستم عصبی تعصیب میگردد که عبارتند از :

۱ - اعصاب پاراسیمپاتیك که توسط .Truncus vagalis ant و .Post به معده رسیده و یك عصب حسی حرکی معده میباشد. که دانستن شعبات اساسی این عصب و تغیرات آنها در عملیات های واگوتومی جذعی وselective که بمنظور تداوی قرحات اثناعشری بکار میرود - دارای اهمیت زیاد میباشد.



شکل - «۳»

درنباژ لمفاوی معده

تظاهرات سریری

۱ - شکل بدون اعراض - فتق کوچك شرصوفی و .خط ابیض میتواند بدون اعراض باشد این فتق باجس نسبت به تفتیش بخوبی تشخیص شده اکثراً در اثنای جس روتین بطن دریافت میگردد.

۲ - شکل دردناك فتق شرصوفی - بعضاً فتق شرصوفی باعث درد های موضعی شده و کار های فزیکی باعث ازدیاد درد میگردد. همچنان این نوع فتق با تماس و لباس های تنگ درد ناك بوده که ممکن علت آن اختناق قسمی از باعث فشرده شدن زیاد محتوی شحمی آن باشد.

۳ - درد های راجعه - (واقعات قرحه پیپتیك) - این مریضان متوجه فتق شرصوفی نبوده و از درد های مشابه قرحه پیپتیك حکایه مینماید.

تـــــــــداوی

در صورت موجودیت اعراض باید فتق عملیات شود.

انواع نادر فتق های جدار بطن

فـــــتق هـای بین الجـــــــداری یا Interperitoneal (Interstitial hernia) hernia عبارت از فتق است که کیسه فتقیه آن در بین طبقات جدار قـدامی بطن قرار دارد و در صورتیکه فتق مغبنی ویا فخذی نیز همزمان موجود باشد ممکن کیسه فتقیه آن با کیسه فتق هـای فوق الذکر بصورت مترافق موجود باشـد و یا با آنها ارتبـاط داشته باشد.

باید گفت که عدم معلومات درمورد این نوع فتق ها باعث اشتباه در تشخیص و تداوی شده میتواند

انواع دیگرفتق های بین الجداری

۱ - Properitoneal - (۲۰٪) - درین نوع فتق کیسه فتقیه به شکل یك رتج ازفتق مغبنی ویافخذی منشه میگیرد .

۲ - Intermuscular - (۶۰٪) - در این صورت کیسه فتقیه در بین طبقات عضلی جدار بطن (اکثراً عضله منحرفه کبیره و صغیره) قرار داشته و کیسه فتقیه اکثراً دو جوفی بوده و مترافق با فتق مغبنی میباشد.

۳ - Inguinosuperficial - (۲۰٪) - درین نوع فتق کیسه فتقیه الی تحت صفاق سطحی جدار بطن ویا ران تمادی داشته معمولاً مترافق باعدم نزول تام خصیه میباشد.

تظاهرات سریری

این مریضان که اکثراً ذکور اند با یك لوحه انسدادی نسبت اختناق فتق مراجعه کرده در نوع Properitoneal چون کتله و تورم قابل مشاهده نمیباشد بناءً وفیات نسبت تاخیردر تشخیص زیاد میباشد.

تداوی

جهت جلوگیری از انسداد امعاء عملیات جراحی توصیه میگردد .

فتق اشپیگل (aSpigelian hernia)

فتق اشپیگل عبارت از یك نوع فتق جداری است که اکثراً در حذای linea arcuata بوجود می آید. و چون غور کیسه که توسط شحم خارج پریتوانی پوشیده شده در تحت عضله منحرف صغیره قرار دارد بناء قابل جس نمیباشد . فق مذکور در اکثر وقایع از بین عضله فوق عبور و در میان عضله منحرفه کبیره و صغیره به شکل یك سماروغ کتله واضح را میسازد. این فتق اکثراً در اشخاص چاق بعد از پنجاه سالگی مشاهده شده و مرد و زن را بصورت مساویانه مصاب میسازد. نزد این مریضان بصورت وصفی یك کتله نرم قابل ارجاع وحشی تر از عضله رکتوس در تحت ثره دریافت شده و چون عنق کیسه فتقیه توسط صفاق سخت احاطه

شده بناءً میتواند به اختناق معروض گردد.

تـــــــداوی

تداوی فتق اشپیگل عملیات جراحی بوده و در اثنای عملیات صفاق عضله منحرفه کبیره شق و بعد از تسلیخ کیسه و ارجاع محتوی آن ، عنق کیسه بسته شده و قسمت اضافی آن برداشته میشود و بعداً عضله مستعرض ، منحرفه ٔ صغیره و کبیره ترمیم میگردد.

فتق قطنی (Lumbar hernia)

فتق قطنی ابتدائی اکثراً از طریق مثلث قطنی سفلی (Petit) بوجود آمده که این مثلث در سفلی توسط قنزعه حرقفی ، در وحشی توسط عضله منحرفه سفلی کبیره و در انسی توسط عضله Latisimus dorsi احاطه شده است. بعضاً فتق قطنی از طریق مثلث قطنی علوی (grynfeltt) بوجود آمده که این مثلث در علوی توسط ضلع دوازده، در انسی توسط sacrospinalis و در وحشی توسط قسمت خلفی عضله منحرفه کبیره احاطه شده است. یك تعداد زیاد فتق های بعداز عملیات ناحیه قطنی به تعقیب عملیات هابوجود آمده که بالای یك کلیه منتن اجراء میگردد.

تشخیص تفریقی

فتق های قطنی باید باآفات ذیل تشخیص تفریقی شود:

۱ - لیپوما.

۲ - با ابسی بارد ناحیه.

۳ - با فتقهای خیالی یا phantum ناحیه قطنی - که این نوع فتق در اثر ماوف شدن اعصاب عضلات مربوط بوجود می آید. مانند Poliomyelitis.

تـــــــداوی

فتقهای قطنی ابتدائی که کوچك اند میتواند به آسانی ترمیم و تداوی کرد . فتق های بعداز عملیات ناحیه قطنی بعضاً بزرگ بوده و defect موجوده را نمی توان بدون استفاده ازflap صفاقی ترمیم کرد . و ناحیه با خیاطه گذاری یك پارچه سینتیتیك tantalum و یا mesh بخوبی تقویه شده میتواند.

فتق عجانی یا (Perineal hernia)

این نوع فتق نادر بوده و عبارت اند از

۱ - فتق بعد از عملیات از طریق ندبه عجانی - که بعد از برداشتن رکتم مشاهده شده میتواند.

۲ - median sliding perineal.H - که یك پرولاپس تام رکتم میباشد.

۳ - فتق عجانی خلفی جنبی - که ازطریق رافعه شرج (Levator ani) عبور و داخل Fossa ischiorectal میگردد.

٤ - فتق عجانی قدامی جنبی - که در خانمها به شکل یك تورم شفه کبیره مشاهده میشود.

تـــــــداوی

این فتقها توسط عملیات combine ترمیم شده طوریکه یك شق بالای کتله فتقیه اجرا و کیسه باز میگردد . محتوی کیسه داخل بطن ارجاع شده و کیسه از ساختمان های مجاور آن تسلیخ و جرحه عملیـــــاتی بسته میگردد . و د ر حالیـــــکه به مریض وضعیت semi- trendelengburg داده میشود بطن باز شده و بعد از دریافت عنق کیسه فتقیه کیسه چپه شده و از حذای عنق بسته و قسمت اضافی آن برداشته میشود. در اخیر زمین حوصله تا حد امکان بصورت تام بسته و ترمیم میگردد.

فتق سدادی (Obturator hernia)

این نوع فتق ازطریق کانال obturator بوجود آمده ودر خانمها نظربه مرد ها شش مرتبه بیشتر مشاهده میشود. این مریضان اکثراً بیشتراز ۶۰ سال عمر داشته و چون کتله فتقیه توسط عضله pictineus پوشیده شده بناءً قابل دید و مشاهده نبوده و نادراً باعث ایجاد یك کتله درمثلث Scarpa میگردد و د رصورتیکه بطرف مذکور حالت قبض ، تبعد و تدور وحشی داده شود بعضاً فتق زیاد تر آشکار و واضح میگردد. نزد این مریضان طرف بحالت نیمه قبض بوده و حرکت طرف باعث ازدیاد درد میگردد.

درد در اضافه تر از ۵۰ ٪ فتقهای مختنق سدادی توسط شعبه geniculate عصب obturator به زانو انتشار کرده و در معاینه مقعدی ویا مهبلی بعضاً فتق به شکل یك کتله حساس در حذای foramen obturator جس میگردد.

وقایع فتق سدادی که خود شان مراجعه مینمایند اکثراً از نوع مختنق بوده و این اختناق در اکثر وقایع از نوع Richter میباشد.

تـــــداوی

۱ - لپراتومی سفلی در طرف ماوفه اجرا شده و بعد از تائید تشخیص وضعیت تریندلین بورگ (trendelengburg) تام به مریض داده میشود.

۲ - درین نوع فتق حلقه اختناقی صفاق obturator بوده و در حالیکه از انتشار مایع منتن کیسه فتقیه بداخل جوف پرتوان جلوگیری میشود forceps های مناسب در فاصله بین صفاق سدادی داخل وبا دور نمودن صفاق مذکور محتوی کیسه فتقیه ارجاع و در صورت ضرورت باید صفاق مذکور موازی به اوعیه واعصاب شق شود.

۳ - محتوی کیسه فتقیه تفتیش و درصورت لزوم تداوی شود.

٤ - جهت جلوگیری ازنکس فتق ، بالای فوهه مذکور رباط عریض دوخته شود.

فتق اليوی و سیاتیك (Gluteal and sciatic hernia)

فتق اليوی عبارت از فتق است که کیسه فتقیه از فوهه sciatic major عبور کرده در حالیکه درفتق سیاتیك محتوی فتق ازفوهه Sciatic Minor می گذرد این دو نوع فتق باید از هم تشخیص تفریقی شوند . و همچنان تشخیص تفریقی باید با لیپوما ، ویا فیبروسرکومای تحت عضله gluteus maximus، ابسی توبر کلوزیك و انوریزم اليوی صورت گیرد. و باید تمام کتلات مشکوك این ناحیه توسط عملیات جراحی استکشاف شوند.

References

1 - Cotton, L , Lafferty K (1998) A new short textbook of surgery. ELBS edition first published, Chapter 17 - 24 pp 170 - 270, London/ Edward Arnold.

2 - Dudley H. A. F, Waxmann B.P (1989) An aid to clinical surgery. 4th edition, Ch. 24 - 33 pp 195 - 251 , London Churchill Livingstone.

3 - Ellis H, Calne S.R (1995) Lecture notes on general surgery. 8th edition Ch. 22 - 35 pp 149 - 265 , London Blackwell Scientific publication.

4 - Goligher J (1990) Surgery of the Anus, Rectum and Colon 7th edition Ch. 4 - 30 , pp 98 - 1118, London Bailliere Tindall.

5 - king M, Bewes P, Cairns J et al (1990) Primary surgery. Volume one, Low priced edition, Ch. 10 - 14 - 22, pp 142 - 198, 351 - 365, Oxford medical publication.

6 - Mann C.V, Russell R.C.G (1995) Bailey & Love's Short practice of surgery. 21st edition, Ch. 43 - 54 pp 950 - 1304 London Chapman & H all medical.

7 - Schwartz S.I, Shires G.I, Spencer F.C et al (1995) Principles of surgery. 5th edition, Volume 11, Ch. 26 - 36 pp 1113 - 1474, New york Mc Graw - Hill Book Company.

8 - Schwartz S.I, Ellis H (1993) Maingot,s abdominal operation. 8th edition. Volume 1 and 11 Section2 -3, 6 - 8 pp 297 - 282, 741 - 987, 1025 - 1415, Connecticut Appleton.

9 - Way L.W (1994) Current Surgical Diagnosis & Treatment. 8th edition, Ch 24-34, pp 421-660, Connecticut Appleton & Longe.



AFGHAN UNIVERSITY
FACULTY OF MEDICINE

ABDOMINAL SURGERY

By: Associat Prof. Dr. Mohammad Masom (Azizi)

August 2000

Published by: AFGHAN UNIVERSITY Peshawar.

PRINTED BY: Sayyed Jamaluddin Afghani
(SJAWO) Printing Press Ph: (92-91)-44258

Text book of

ABDOMINAL SURGERY

Edited by:

Dr. Mohammad Masoum (Azizi) . M.D

Professor of General Surgery

Lecturer in Afghan University

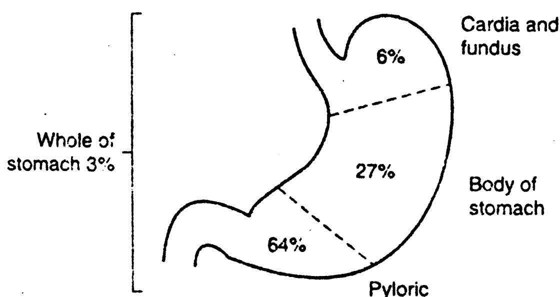
Previous: Lectrurer in Kabul Medical Institute & Head of Surgery department of Ali-Abad Hospital - Kabul Afghanistan

چنانچه این مرض در انگلیندو ویلز سبب مرگ ۱٤۰۷٤ نفر در سال ۱۹۵۹ شده است. لاکن خوشبختانه مرض رو به کاهش بوده و احصائیه سال ۱۹۸٤ تعداد وفیات را ٦۱۷۷ مرد و ٤۱۸۳ خانم نشان میدهد . مرض در هر سن و سال مشاهده شده لاکن وقوعات زیاد آن بین سنین ٤۰ - ٦۰ سالگی میباشد . مرد ها نظر به خانم ها سه مرتبه بیشتر مصاب مرض میگردد. کارسسینومای معده در همه نقاط دنیا دیده شده اما در بعضی نژاد ها بالخصوص جاپانی ها زیاد تر مشاهده می شود.

ایتـــــولوژی

آفات premalignant و فکتور های مساعد کننده در ایتولوژی مرض عبارتندا ز: پولیپ های معدوی ، انیمی خبیث ، معده های که تحت عملیه گاستریکتوتی و واگوتومی جذعی قرار گرفته اند ، التهابات و dysplasia مخاط معده ، اعتیاد به سگرت ، سوء هاضمه مزمن، عوامل جنیتیك و ارثی و نادراً قرحات معدوی.

گرفتن مواد کارسینوژن نیز در تولید مرض رول داشته همچنان مواد که باعث تخریش معده و irritive gastritis میگردد مانند بعضی مشروبات مروج در کشور های سکاندناوي، هالیند و چکو سلواکیا ممکن باعث ازدیات وقوعات مرض شود. توزیع جغرافیایی مرض نیز از نظر ایتولوژی اهمیت داشته که مثال خوب آن تفاوت وقوعات مرض در شمال و جنوب آیسلیند میباشد. بعضی مطالعات دیگر رابطه مرض را با رژیم غذایی ثابت ساخته و مرض در اشخاص که داراي گروپ خون A باشند بیشتر مشاهده می شود.



شکل - ۸ وقوعات کارسینوما در نواحی مختلف معده

پتـــــولوژی

کارسینومای معده در ٦٤ ٪ وقایع در ناحیه پیلوریك ، در ۲۷ ٪ وقایع در جسم معده در ٦ ٪ وقایع در ناحیه کاردیا و غور معده مشاهده شده و ۳٪ باقیمانده آن میتواند تمام معده را اشغال نماید.

از نظر ماکروسکوپی کارسینومای معده به پنج شکل ذیل مشاهده میشود:

۱ - Cauliflower که دارای حوافی تیز و مشخص میباشد سطح آن ارتشاحی و بعداً تقرح مینماید.

۲ - Ulcer که دارای حوافی ارتشاحی غیر منظم میباشد و بعضاً قرحات کوچك سطحی در مجاورت آن مشاهده می شود.

۳ - Colloid.

٤ - Cirrhous که میتواند موضعی و یا منتشر (Leather bottle) باشد درین شکل معده نسبت ارتشاح تومور در طبقه تحت المخاط ویا عکس العمل شدید لیفی متکمش ، ضخیم و کوچك شده ، ممکن با ویا بدون قرحات سطحی باشد.

۵ - کارسینومای که به تعقیب یك قرحه مزمن معده بوجود می آید.

از نظر میکرو سکوپیك تمام این تومور ها ادینوکارسینوما یا در جات مختلف قابل تفریق بوده و معده leather bottle ازحجرات اناپلاستیك که بصورت دسته جمعی ترتیب شده و در محیط آن فیبروز وجود دارد تشکیل شده است.

هنگامی میتوان گفت که قرحه سلیم به قرحه خبیث تحول نموده که از نظر میکروسکوپیك که یك قرحه مزمن با تخریب مکمل طبقه عضلی و تعویض آن به حجرات فیبروز و التهابی صورت گرفته و در حوافی آن کارسینومابه وجود آمده باشد.

انتشار تومور

۱ - انتشار موضعی و یا مستقیم - زمانیکه کارسینومای معده بزرگ گردید ممکن احشای مجاور را از قبیل پانکراس، کولون مستعرض ، مساریقه کولون، مری و کبد اشغال نماید و نادراً بین معده وکولون فیستول ایجاد میگردد.

۲ - انتشار لنفاوی - عقدات لنفاوی انحنی صغیر و کبیر اکثراً اشغال شده دریناژ لنفاوی نهایت کاردیا معده ممکن باعث اشغال عقدات لنفاوی منصف و بعداً عقدات فوق الترقوی Virchow در طرف چپ شود (Troisier,s sign) تومور ناحیه پیلوریك ممکن عقدات لنفاوی subpyloric و کبدی را اشغال نماید

۳ - انتشار از طریق دموی - در این صورت تومور از طریق ورید باب به کبد و از آنجا به عظام وریه رسیده میتواند .

٤ - انتشارTranscoelomic (Transperitoneal) - درین صورت حجرات سرطانی از معده داخل جوف پریتوان شده که بعضاً بداخل حوصله کشانیده شده و باعث تشکل تومور ثانوی قابل جس میگردد و هرگاه در خانم ها جحرات سرطانی بالای تخمدان ها قرار گیرد باعث تشکل تومور Krukinberg میگردد.

تظاهرات سریری

اعراض کارسینومایی معده میتواند مربوط به تاثیرات موضعی تومور ، میتاستاز های ثانوی ویا تظاهرات عمومی امراض خبیثه باشد.

۱ - اعراض موضعی کارسینومای معده عبارت از درد و ناراحتی ناحیه گاستریك است. و انتشار درد به طرف خلف دلالت به اشغال شدن پانکراس مینماید.

استفراغ عرض دیگر است که زیاد تر در تومور های ناحیه پیلور و انتروم که باعث انسداد پیلور میگردد مشاهده میشود. و در صورت توضع تومور در ناحیه کاردیا عسرت بلع مشاهده شده و ممکن کارسینومای معده نادراً با تثقب و نزف ظاهر گردد.

۲ - اعراض مربوط به میتاستاز ها - این مریضان ممکن بار اول نزد طبیب نسبت یرقان از باعث اشغال شدن کبد ویا توسع بطن از باعث حبن مراجعه نماید.

۳ - تظاهرات عمومی - عبارت از بی اشتهایی که عرض بسیار معمول مرض است ضیاع وزن و کم خونی میباشد.

با معاینه دریافت های معاینه فزیکی نیز مربوط به تظاهرات فوق الذکر بوده و در معاینه موضعی ممکن در قسمت علوی بطن یك کتله دریافت شود و در صورت جستجوی میتاستاز ها ممکن ضخامه کبد با و یا بدون یرقان ، حبن ، عقدات لنفاوی سخت و بزرگ فوق الترقوی چپ (Troisier,s sign) و یا در معاینه حوصلی یك کتله قابل جس از باعث میتاستاز در جوف دوگلاس دریافت شود. همچنان نزد این مریضان علایم واضح ضیاع وزن و کم خونی موجود میباشد.

معاینات خصوصی و متممه

رادیوگرافی با مواد کثیفه (Barium meal) - که از جمله مهمترین معاینه خصوصی بوده و باید در تمام مریضان اجرا شود که نزد شان احتمال نیوپلازم معدوی میرود این معاینه زیاد دقیق بوده و درجه صحت آن در صورت تجربه کافی در حدود ۹۰٪ فیصد میباشد و مهمترین تظاهرات رادیولوژیك کارسینومای معده عبارتند از :

۱ - خیال نقص امتلا در معده که ممکن باعث یك تضیق غیر منظم پیلور ویا کاردیا شود ویا اینکه آفت تمام معده را اشغال کرده باشد (Leather bottle stomach)

۲ - موجودیت یك قرحه با حوافی برجسته و ارتشاح محیط آن .

۳ - جسامت آفت - باید گفت که تمام قرحات که قطر بیشتر از ۲ سانتی متر دارد از نظر خباثت مشکوك بوده گرچه قرحات سلیم بسیار بزرگ بالخصوص در اشخاص مسن یا قطر پنج سانتی متر یا بیشتر از آن مشاهده شده است. همچنن بخاطر باشد که هرگاه کارسینومای معده در شفاخانه تحت تداوی طبی قرار گیرد از نظر رادیولوژی التیام قابل ملاحظه در آن مشاهده شده که این بهبود ناشی از تنقیص اذیما مجاور قرحه بوده و ممکن اشتباهاً قرحه سلیم تشخیص شود .

Fibre - optic gastroscopy - هرگاه معاینه Barium meal یك آفت مشکوك را در معده نشان دهد میتوان توسط گاسترو سکوپ fibre - optic آفت را بصورت مستقیم مشاهده واز آن بیوپسی اخذ کرد.

سایتولوژی معده - در حال حاضر ازین معاینه که با استفاده از مایع شست و شو شده معده صورت میگیرد نادراً استفاده شده ولی سایتو لوژی با استفاده از لام (smear) که از طریق گاسترو سکوپی تهیه میشود اکثراً نتیجه مثبت میدهد.

تست خون مخفی (Occult blood) - اکثراً مثبت بوده لاکن در تشخیص تفریقی کارسینومای معده از قرحات سلیم کمك کردهٔ نمیتواند .

مطالعه و اندازه گیری اسید معده - درین صورت افرازات اسید معده در اثر تنبیه توسط pentagastrin مطالعه شده که در نزد این مریضان اکثراً هایپو و یا achlorhydria

دریافت شده لاکن این معاینه ارزش تشخیصی کم دارد.

تشخیص تفریقی

در تشخیص تفریقی باید پنج مرضی که تظاهرات سریری مشابه دارند و با زردی لیمویی رنگ زبان، کم خونی و ضیاع وزن ظاهر میگردد مد نظر باشد این امراض عبارت اند ازکارسینومای معده ، سیکوم ، پانکراس ، کمخونی خبیث و یوریمیا.

مهمترین تشخیص تفریقی کارسینومای معده با قرحات سلیم معده است که در صورت مشکوك بودن باید معده ریزکشن شود. لاکن تشخیص تفریقی بین این دو آفت در اثنای عملیات نیز بعضاً مشکل بوده و معاینه مکروسکوپیك frozen section معیار خوب در انتخاب پلان تداوی میباشد.

تـــــــــداوی

باید گفت که نتایج تداوی جراحی کارسینومای معده خوب نبوده لاکن طوریکه میدانیم کارسینومای معده مقابل تداوی شعاعی و ادویه سایتوتوکسیك غیر حساس بوده بناءً برداشتن تومور توسط مداخله جراحی یگانه تداوی مرض میباشد و این تداوی نظر به پیشرفت آفت قرار ذیل صورت میگیرد:

۱ - تداوی معالجوی یا (Curative) - در اثنای لیپراتومی مشاهده شده که ۵۰ ٪ این مریضان قابل تداوی curative بوده و در این صورت هرگاه تومور در حذای پیلور موقعیت داشته باشد partial Gastrectomy با برداشتن ثرب کبیر و عقدات لنفاوی ناحیوی اجرا میگردد و در صورت توضع تومور در ناحیه کاردیا معده total gastrectomy همراه با برداشتن ثرب کبیر و طحال اجرا میگردد و مری یا ژیژنوم تفمم داده میشود.

۲ - تداوی شفایی (Palliative) - این تداوی بشکل گاستریکتومی Palliative حتی در صورت موجودیت میتاستاز کوچك در سایر نواحی بدن اجرا شده میتواند.

هرگاه درناحیه پیلورآفت انسدادی غیرقابل برداشت موجود باشد میتوان نزد مریض gas-troenterostomy اجرا کرد.هرگاه کارسینومای غیر قابل برداشت ناحیه کاردیا یا اعراض

عسرت بلع موجودباشد باتطبق تیوب پلاستیکی Mousseau barbin تداوی شده میتواند.
وطوریکه قبلاً ذکر شد رادیوتیراپی و ادویه سایتوتوکسیك در تداوی مرض ارزش کمتر دارد.

انذار مرض

انذار کارسینومای معده مربوط به وسعت انتشار و طبیعت مایکروسکوپیك تومور بوده و علاوتاً وضع عمومی مریض ، امکانات عملیات جذری بزرگ را نزد مریض تعیین مینماید. به هر صورت انذار سرطان معده خراب بوده و صرف ۵ ٪ مریضان کانسر معده برای پنج سال زنده میمانند و مریضانی که نزد شان تداوی جذری (Curative) صورت گرفته ۲۰ ٪ شان در ختم دوره پنج سال زنده باقی مانده اند .

اجسام اجنبی معده

اجسام مختلف اجنبی میتواند در اثر بلع وارد معده شود که خوشبختانه اکثر این مواد رادیو اوپیك بوده و چون اجسام نوك تیز و طویل نمیتوانند انحنای اثناعشر را به آسانی عبور نمایند بناءً توسط gastrotomy عاجل به خوبی کشیده شده میتواند اجسام اجنبی کوچك ممکن طرق هضمی را عبور نمانید . دوز های مناسب Normacol یك غذای جلاتینی را ساخته که جسم اجنبی در اثنای عبور از طرق هضمی در بین آن قرار میگیرد . معاینه رادیوگرافی باید طور محتاطانه اجرا شود.

کلوله موی معده (Trichobezoar) - مثال این حالت نادر را اکثراً در موزیم های پتالوژی میتوان دریافت کرد. مرض تقریباً منحصر به خانم ها بوده ودر ۸۰٪ وقایع مریض تکلیف روانی دارد. تریکوبیزوار میتواند در اثر تقرح معدی معایی باعث قی الدم ، تثقب ، پریتونیت و یا انسداد شود. این حالت در کلیشه رادیوگرافی بخوبی خیال داده و تداوی تریکوبیزوار عبارت از برداشتن آن توسط عملیه gastrotomy میباشد.

توسع حاد معده

توسع حاد معده یك اختلاط معمول جراحی بطنی بوده لاکن در حال حاضر نادراً مشاهده میشود. این حالت ممکن بعد ازهر نوع عملیات، ترضیضات بطن، تطبیق پلاستر حوصلی

(Plaster ileus) و یا عدم تحریکیت در یك بستر اورتوپیدیك بوجود آید .

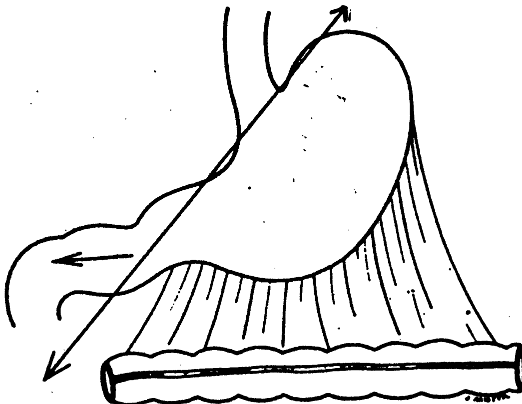
سبب آن نامعلوم بوده لاکن مطالعات بعد ازمرگ (این حالت زیاد کشنده است) نشان داده که نه تنها معده متوسع بوده بلکه اثناعشرالی قطعه سوم آن نیز متوسع میباشد این حادثه ممکن دلالت بفلج قسمی اثناعشر ازباعث فشار بالایی اوعیه مساریقی آن نماید. توسع حادمعده باعث ناراحتی شدید ناحیه اپی گاستریك واستفراغ یك مقدار زیاد مایع بوناك نصواری رنگ شده که با شروع استفراغ خطر زیاد انشاق مواد استفراغ شده و توقف قلبی میرود بطن توسط معده بزرگ متوسع شده و بمجردیکه این حالت تشخیص گردید معده باید تخلیه شود و جهت نگهداری آن بحال تخلیه اسپریشن دوامدار صورت گیرد. و ضیاع مایعات و نمکها از طریق ورید معاوضه شود.

تدور معده (Volvulus of the stomach)

تدور معده اکثراً به دور محوری صورت میگیرد که توسط دو نقطه تثبیت شده آن یعنی کاردیا و پیلور ساخته می شود. (شکل ۹)

گرچه تدور معــــــده میـــــتواند در جهت افقی (organoaxial) ویا عمـــــودی (mesenterioaxial) صورت گیرد ولی در شکل معمول آن انحنای کبیر با کولون بطرف علوی حرکت کرده و در تحت حجاب حاجز طرف چپ قرار میگیرد. (شکل ۱۰).

عامل مهم مساعد کننده مرض eventration حجاب حاجزمیباشد وممکن کولون درمرحله اول بعلوی حرکت نمایدومعده را به خودکش نمایداینحالت اکثراً بشکل متناوب مشاهد شده لاکن ممکن به شکل حاد نیز ظاهر گردد. دراین حالت مریض با گرفتن مقدار کم غذا احساس پری کرده و از درد حفیف ناحیه اپی گاستریك و آرغ زدن شاکی است عبور تیوب معدی



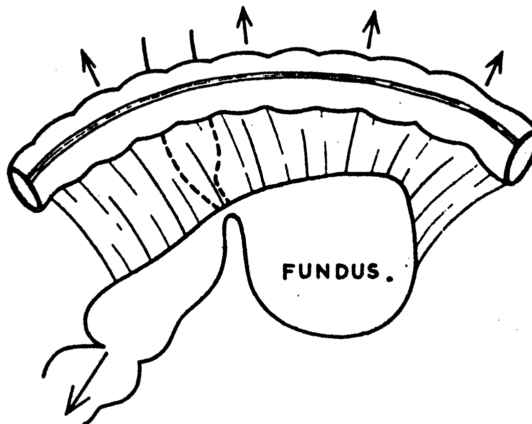
شکل - ۹ تدور معده و محور معمول تدور

اکثراًناممکن میباشد. تشخیص مرض توسط رادیوگرافی معده باموادکثیفه وضع میگردد.

تـــــــداوی

بهترین تداوی تدور معده عملیات جراحی است که دراین عملیات انحنای کبیر معده با قطع gastrocolic omentum ازکولون کاملاً آزاد میگردد این عملیه ممکن بخودی خود کافی باشد لاکن جهت تقویه پیش ترمیتوانیم انحنای کبیر معده را با Duodenojejunal flexure (ویا بهتر تر با قطعه چهارم اثناعشر) مانند گاسترو انترو استومی خلفی ولی بدون تفمم تثبیت کرد.

در وقایع که تدور در نتیجه یك (defect) بزرگ hiatal باشد و در بین آن صورت گیرد تداوی اساسی عبارت از بسته نمودن hiatus بدورادور مری میباشد.



شکل - «۱۰» تدور معده
کولون در علوی قرار گرفته و انحنای کبیر معده واژگون میگردد.

فصل دوم

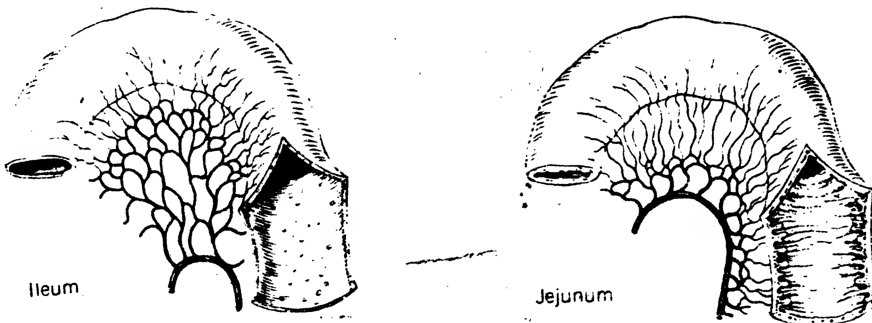
امعاء رقیقه

امعاء رقیقه قسمتی از جهاز هضمی است که از حذای پیلور الی سیکوم تمادی دارد. چون ساختمان ، فزیولوژی و امراض اثنا عشر را درفصل اول مطالعه کردیم بناءً درین فصل ژیژنوم و الیوم را تحت مطالعه قرار میدهیم

اناتـــــــــــومی

اناتومی ماکروسکوپیك:

امعاء رقیقه از حذای دسام الیوسیکل الی Lig treitz دریك شخص کاهل ۵ - ٦ متر طول دارد که پائین تر از اثناعشر دو بر پنج علوی آن بنام ژیژونوم و (سه بر پنج) سفلی آن بنام الیوم یادمیشود. سرحد واضح بین ژیژونوم والیوم وجودنداشته باوجوداین هرقدر امعا رقیقه بسفلی میآید لومن آن کوچك و اقواس وعایی مساریقی آن مغلق تر والتوات دایروی طبقه مخاطی آن کوچکتر و کمتر میگردد (شکل ۱۱).بطور عموم ژیژونوم در طرف چپ جوف پریتوان و الیوم در جوف حوصله و مربع سفلی راست بطن قرار دارد.



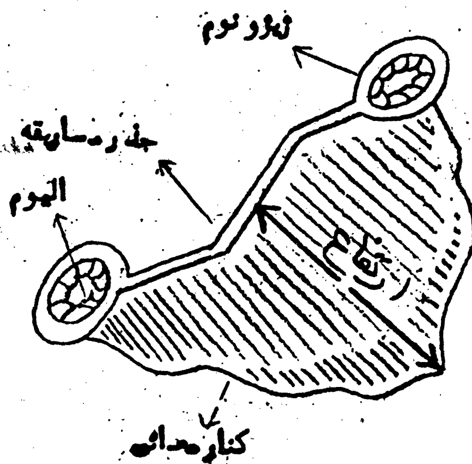
شکل - «۱۱» شرائین و وجه داخلی لومن امعاء رقیقه.

امعاء رقیقه با جدارخلفی بطن توسط مساریقه خویش که یك انعکاس پریتوان جداری خلفی میباشد التصاق دارد این التواء پریتوانی در امتداد یك خطی قرار دارد که فوراً از چپ خط متوسط شروع و بصورت مایل به مربع سفلی راست بطن میرسد باوجود اینکه مساریقه در یك کنار خویش با امعاء رقیقه التصاق دارد طبقه به پریتوانی ان امعاء را پوشانیده که بنام پریتوان حشوی ویا طبقه Serosa یاد میشود.

مساریقه حاوی شحم ، اوعیه دموی ، لنفاوي، عقدات لمفاوی و اعصاب بوده و شرائین ژیژونوم و الیوم از شریان مساریقی علوی منشه گرفته و شعبات آن داخل مساریقه باهم تفمم و اقواس شریانی (شکل ۱۱) را ساخته و از این اقواس شرائین کوچك مستقیم بطرف امعاء سیر کرده و داخل جدار مساریقی امعاء میگردد. باید گفت که جدار antimesentric امعاء از نظر اروائی نظربه جدار مساریقی کمتر غنی بوده بناءً با مختل شدن جریان دموی اولاً جدار انتی میزانتریك امعاء اسکیمیك میگردد . خون وریدی امعاء رقیقه به ورید مساریقی علوی ریخته و از طریق ورید باب به کبد میرسد.

کتلات لنفاوی تحت المخاطی (Peyer,s patches) در الیوم نظر به ژیژونوم نهایت زیاد بوده و لنف امعاء رقیقه به عقدات لنفاوی میریزد که در بین مساریقه در اطراف اقواس شریانی قرار دارد.

امعاء رقیقه توسط اعصاب سیمپاتیك و پارا سیمپاتیك تعصیب شده که اعصاب سیمپاتیك از P. coeliac و اعصاب پاراسیمپاتیك از واگوس راست به امعاء میرسد.



شکل «۱۲» | مساریقه امعاء رقیقه

اعصاب سمپاتیك - که از Plexus coeliacus منشه گرفته و عبارتند از : ضفیره myanteric Auorbach و ضفیره تحت المخاطی Meissner

اناتومی اثناعشر

اثناعشر (Duodenum) ۲۰- ۲۵ سانتی متر طول داشته و قسمت اول امعاء رقیقه را میسازد اثنا عشر که از حذای پیلور معده الی Flexura duodenojejunalis تمادی دارد شکل حرف C را داشته و راس پانکراس در بین آن قرار دارد این قسمت امعاء متشکل از چهار قسمت می باشد.

۱ - قطعه اول (Pars superior duodeni) که قطرآن نظربه سایر نواحی اثناعشر بزرگتر و شکل ناك مانند را دارد و بنام بصله اثناعشر (Bulbus duodeni) نیز یاد میشود و در قرحات اثناعشر شکل آن تغیر مینماید.

۲ - قطعه دوم (Pars descendens duodeni)

۳ - قطعه سوم (Pars Horizontalis duodni)

٤ - قطعه چهارم (Pars ascendens duodeni) که این قطعه از ژیزونوم توسط Flexura dnodenojejunalis جدا میگـــــــــــردد وبالای این flexura suspensory lig. (Lig. Treitz)ارتکاز دارد.

ساختمان تشریحی اثناعشر

جدار اثناعشر از چهار طبقه تشکیل شده که از سطح به عمق عبارتند از :

۱- طبقه مصلی(Tunica serosa) که وجه قدامي اثناعشر را به صورت عمومی میپوشاند .

۲ - طبقه عضـــــــلی (Tunica muscularis) که از دو طـــــبقه یعنی سطــحی (Longitodinalis) و عمیق (circularis) تشکیل شده است.

۳ - طبقه تحت المخاطی (Tunica submucosa) که یك طبقه فیبرو الاستـیك بوده و مقاوم ترین طبقه جدار امعاء راساخته و درحین انستموز این طبقه نیز باید درکوك گرفته

اناتومی میکروسکوپیک

جدار امعاء رقیقه از چهار طبقه تشکیل شده که عبارت اند از:

طبقهء مخاطی ، تحت المخاطی ، عضلی و مصلی.

۱ - طبقهء مخاطی - این طبقه دارای التوات دایروی بوده که بنام Plica circulare یاد میشود. التوات مذکور که بداخل لومن امعاء تبارز مینماید درحذای ژیژونوم باهم نزدیك و درحذای الیوم ازهم دور قراردارند. درسطح این التوات دایروی یك تعداد Villi موقعیت دارد که ارتفاع اعظمی شان به یك ملی مترمیرسد هر Villi درمحور طولانی مرکزی خویش دارای یك شریان ورید باریك والیاف مخاطی عضلی میباشد که الیاف مذکوروبلی را استناد میدهد. سطح ویلی توسط حجرات اپیتل استوانی فرش شده که دربعضی نواحی چند عدد این حجرات اپیتل درسطح ویلی تبارد کرده وبنام میکرو ویلی یاد میشود. وتقریبأیك میوارتفاع دارد. موجودیت ویلی هادرسطح التوات، سطح جذب امعائی راتقریباً ۸ مرتبه وموجودیت میکروویلی ۱۲-۲٤مرتبه افزایش میدهد وبطورمجموعی سطح جذب امعاء ۲۰۰-۵۰۰ مترمربع میباشد.

حجرات نوع بزرگ در اپیتیلوم امعاء رقیقه حجرات استوانی ومخاطی Paneth، حجرات اندوکرین و M cells میباشد حجرات استوانه ای وظیفه ومسؤلیت جذت را بعهده دارد این حجرات ازاثرتکثر ونشو نمای حجرات غیرقابل تفریق درکریپتهای Lieberkuhn بوجود آمده ودر طول ۳-۷ روزبه ذروه ویلی میرسند ودر انسان طول عمر این حجرات ۵ - ٦ روز میباشد.

حجرات مخاطی نیز از کریپت ها منشه گرفته و به ذروه ویلی مهاجرت نموده و بعداز رشدتام بنام goblet cells یاد میشود. Paneth cell تنها در کریپت ها دریافت شده وظایف این حجرات تا هنوز فهمیده نشده و ممکن دارای وظایف افرازی باشد.

حجرات اندوکرین حاوی یك تعداد زیاد گرانول های سایتوپلازمیك میباشد که دران 5-hydroxytryptamine و peptide های مختلف وجود د ارد حجرات enterochromaffin به تعداد زیـــاد وجود داشته N.cell (دارای neurotensin) L- Cell (glocagon) و حجرات دیگر که حاوی Motilin و کولی سیستو کنین میباشد نیز وجود دارد.

M - cells حجرات باغشای نازك میباشد که صفیحات Peyer,s را میپوشاند که اینها قابلیت نشانی کردن انتی ژن های داخل لومن را ا ز قبیل پروتین ها و میکرواورگانیزم دارند.

۲- سایر طبقات: طبقه تحت المخاط یك طبقه فیبروالاستیك بوده و حاوی اوعیه دموی و اعصاب میباشد این طبقه مقاومترین طبقه جدار امعاء بوده و باید درحین خیاطه گذاری امعاء گرفته شود. طبقه عضلی ازیك طبقه داخلی دایروی خارجی طولانی عضلات ملساء تشکیل شده وطبقه مصلی طبقه خارجی امعاء بوده و سطح تمام امعاء را میپوشاند. رتج Meckel درانسانها قسمت متوسط امعاء ابتدایی توسط Amphalointestinal duct با Yolk sac ارتباط دارد که درحالت نارمل بعد از ولادت این قنات از بین میرود لاکن در ۲٪ اطفال قسمتی از این قنات که با امعاء وصل میگردد به شکل یك انگشت دستکش باقی میماند که بنام Meckel's diverticula یاد میشود رتج مذکور در وجه انتی میزانتریك امعاء قرار داشته و از دسام الیوسیکل طور اوسط ۸۰-۱۰۰ سانتی متر فاصله دارد.

فزیولوژی امعاء رقیقه

مهم ترین وظیفه امعاء رقیقه جذب مواد غذائی میباشد که برای این منظور یك تعداد میخانیکیت ها و تعاملات کیمیائی و فزیکی سهم گرفته که بطور بسیار مختصر از آن ذکر میگردد.

۱ - حرکات امعاء رقیقه

مهمترین فعالیت امعاء رقیقه تقلصات قطعوی (segmental constraction) - آن میباشد که این تقلصات افرازات امعاء رقیقه (chyme) را با مواد هضم شده مخلوط میسازد و آنرا مکرراً به تماس سطح جذب کننده آورده و آهسته ، آهسته به سفلی میراند

عوامل عصبی و هورمونل بالای شدت و وسعت تقلصات عضلی رول داشته اما باعث تولید تقلصات جدید نمیگردد . بصورت عموم استیتایل کولین باعث تنبیه تقلصات عضلی امعاء شده و ادویه ادرینرژیك باعث انحطاط آن میگردد.

تاثیرات هورمونهای معدی معایی بالای حرکات امعاء تا اندازه ای مغلق بوده و حرکات امعاء رقیقه توسط Cholecystokinin تنبیه شده در حالیکه glucagon و secretin

مانع این حرکات میگردد.

۲ - افرازات ، هضم و جذب در امعاء رقیقه

به استثنای آهن و کلسیم که در اثناعشر جذب میگردد سایر مواد غذایی و الکترولایت ها بدون کدام فرق در امعاء رقیقه جذب و داخل دوران میگردد.

الف - آب و الکترولایت ها:

روزانه بطور مجموعی ۵ - ۹ لیتر مایع گرفته شده ؛ افرازات لعابی معدوی ، صفراوی پانکراسی و معایی به تماس سطح جذب کننده امعاء آمده که ازین جمله صرف ۱ - ۲ لیتر آن از طریق الیوم داخل کولون میگردد. جذب الکترولایت ها در سرتاسر امعاء رقیقه صورت گرفته اما جذب اعظمی درقسمت علوی امعاء صورت میگیرد و باید گفت که جذب الکترولایت ها به شکل محلول با آب صورت میگیرد

جذب آب و الکترولایت ها از لومن امعاء بطرف مسافات بین الحجروی و بر خلاف از مسافات بین الحجروی بطرف لومن مساوی میباشد

ب - کاربوهایدریت

۵۰٪ نشایسته مواد غذایی بکمك امیلاز لعاب دهن در معده هضم شده و قسمت باقیماندهٔ آن توسط امیلاز پانکراسی در اثناعشر هایدرولیز میگردد.

ج - پروتین

زمانیکه مواد پروتینی داخل معده گردید تحت تاثیر اسید معده خواص آن تغیر کرده و یك مقدار ان توسط پیپسین هضم میگردد. هاید رولیز پروتین و تبدیل شدن ان به پولی پیپتید ها اساساء توسط انزایم های پانکراسی یعنی تریپسین و شیموتریپسین صورت میگیرد بعدا پولی پیپتید های کاربوکسی پیپتیداز و امینوپیپتیداز که در سطح حجرات اپیتیلیل غشای مخاطی وجود دارد به امینواسید های قابل جذب تجزیه میگردد.

۸۰٪ امینواسید ها در قسمت های علوی ژیژونوم جذب شده و باید گفت که در حالت نارمل تمام مواد پروتینی گرفته شده جذب میگردد.

د - شحم

یك قسمت زیاد شحم مواد غذایی به شکل triglycerides بوده که در آب غیر منحل

میباشد و برای اینکه توسط انزایم لیپاز پانکراسی هضم گردد باید شکل مستحلب یا emulsio را اختیار نماید اسـید های شـحمی، مونوگـلیسرید، کولسترول، لیسیتین، Lysolecithine با نمك های صفراوی یك مستحلب را میسازد و باعث ایجاد یك نوع کتلات بنام Micelles میگردد و بدین ترتیب مواد شحمی تجزیه و جذب میگردد و باید گفت که جذب مواد شحمی در الیوم نظر به ژیژونوم زیاد صورت گرفته در امراض قسمت سفلی الیوم و یا ریزکشن آن نمك های صفراوی به مقدار زیاد داخل کولون شده و در نتیجه مختل شدن جذب آب و سودیم باعث اسهال میگردد.

هـ - ویتامین ها

ویتامین B12 و دیگر ویتامین های منحل درآب به آسانی از طریق جدار امعاء جذب شده اما ویتامین B12 قبل از جذب درقسمت اخیر الیوم باید با فکتور Intrensic معده یك کامپلکس بسازد تا جذب شود. ویتامین های منحل در شحم مانند ویتامین A D و K مانند سایر مواد شحمی جذب شده و در صورت عدم موجودیت صفراء جذب این ویتامین ها صورت نمی گیرد.

دیور تیکول میکل

(Meckel's diverticullum)

رتج میکل بقایای قنات vitellin امعاء جنین است که در وجه انتي میزانتیك الیوم بفاصله تقریباً ٦٠ سانتی متری سیکوم قرار دارد طول آن بطور متوسط ٥ سانتي متر بوده و در ٢ ٪ اشخاص مشاهده میشود.

تظاهرات سریری

این انومالی ممکن بصورت مختلف تظاهر نماید:

١ - به شکل یك ضایعه بدون اعراض ، که در هنگام عملیات جراحی و یا اتوپسی دریافت می شود.

۲ - رتج میکل میتواند به التهاب معروض شود و اعراض سریری آن مشابه به اپاندیسیت حاد میباشد.

۳ - تثقب رتج میکل توسط اجسام اجنبی و بوجود آمدن اعراض و علایم پریتونیت.

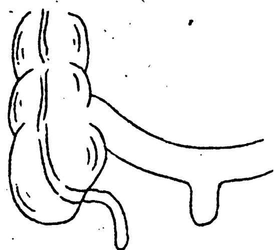
٤ - تغلف نوع Ileo - ileal که تا زمان مراجعه به عملیات ، اکثراً به گانگرین معروض شده میباشد.

٥- قرحات پیپتیك از باعث قرار گرفتن اپیتیلیوم معده در رتج میکل بصورت غیر نارمل که حاوی حجرات oxyntic (افراز کننده اسید معدوي) بوده و اکثراً در اطفال مشاهده شده ویکی از علل میلانا در سنین ده سالگی میباشد نادراً قرحه مذکور تثقب کرده ویا بعداز گرفتن غذا باعث درد میگردد.

٦ - باز ماندن قنات وتیلین که به صورت فیستول ثروی و discharge محتوی امعاء ازین فستول تظاهر مینماید.

۷ - تومورتمشکی شکل ناحیه ثروی(Raspbery tumour) که بعلت باز بودن نهایت ثروی قنات ویتیلین به وجود می آید.

۸ - شریط یا band معایی ویتلینی که از نهایت دیورتیکول میکل شروع وبه ثره ختم می گردد این شریط میتواند عروه معایی را اختناق کرده و باعث لوحه انسدادی شود و یا بقسم ذروهء تدور الیوم عمل کرده میتواند.



شکل ۱۳ - دیورتیکول میکل

مرض کرون

(Crohn's disease)

مرض کرون عبارت از یك التهاب غیر وصفی طرق هضمی است و اصطلاح regional Ileitis نیز بعضاً به این مرض داده شده که درست نبوده زیرا مرض کرون میتواند هر قسمت

از جهاز هضمی را از دهن الی مقعد مصاب سازد چنانچه درسالهای اخیر وقایع رو به ازدیاد مرض کرون که کولون را به تنهایی یا به قسمتی از امعاء رقیقه مصاب ساخته مشاهده شده است.

ایتولوژی

ایتولوژی مرض معلوم نبوده و اورگانیزم سببی از حذای آفت و مواد غایطه مریض دریافت نشده گرچه اشکال غیر نارمل کولی باسیل در اکثر مریضان مشاهده شده است. همچنان Focal ischaemia در نتیجه التهاب اوعیه از باعث حادثه ایمونولوژیك نیز به قسم فکتور سببی ذکر شده است. که این ناحیه اسکیمیك بعداً باعث قرحه غشای مخاطی شده و از طریق ان بعضی عوامل دیگر از قبیل باکتریا ها داخل جدار امعاء میگردد.

مطالعات الکترون میکروسکوپ نشان داده است که در مرض کرون باکتریا های غایطی داخل جدار های کولون شده و اینکه این باکتریا ها و یا بعضی مواد دیگر بلع شده و یا محصولات میتابولیك به قسم انتی ژن عمل مینماید فهمیده نشده لاکن granulomas به وجود می آید . ارثیت نیز در تولید مرض رول داشته و ممکن مرض در مریضاني مشاهده شود که دارای genotype نسبتاً مکمل باشد. colitis ulcerative در اقارب مریضان مصاب مرض کرون مشاهده شده در حالی که معکوس قضیه نسبت موجودیت تعداد کم ژن ها در مریضان ulcerative colitis معمول نمیباشد. مرض کرون نیز مانند ulcerative colitis میتواند به کانسر تحول نماید لاکن واقعات آن به مقایسه ulcerative colitis کم بوده و اکثراً در الیوم مشاهده میگردد.

پتولوژی

مرض کرون یك مرض التهابی ندبی با تقرحات غشای مخاطی بوده واکثراً از حذای دسام الیوسیکل ویا نزد یکی آن شروع و به امتداد الیوم بطرف علوی الی ۳۰ سانتی متر پیش میرود لاکن میتواند امعاء از ۵ سانتی متر الی ۱.۲ متر مصاب مرض شود.

در مرحله حاد مرض امعاء ماوفه متورم و دارای رنگ سرخ گلابی بوده و سطح پریتوانی آن توسط اگزودات فیبرینی پوشیده میباشد. در مرحله مزمن مرض احتقان کم شده با جس

جدار امعاء شبیه یك تیوب (hose pipe) احساس شده و مساریقه امعاء بسیار ضخیم ، اذیمایی و حاوی عقدات لنفاوی بزرگ و ضخاموی میباشد این عقدات برخلاف توبرکلوز به تکلس و تمزق معروض نشده هرگاه الیوم ماوفه بطرف علوی تعقیب شود دفعتاً ناحیه سالم مشاهده که بنام skip lesion یاد میشود. آفت کمتر متبارز می تواند بعضاً از نظر ماند که بعد از ریزکش امعاء باعث نکس مرض شده میتواند در ٦ ٪ واقعات مرض به سیکوم و کولون صاعده پیش رفت کرده چنانچه مثال های مرض کرون کولون ، ژیژونوم ، اثناعشر و حتی معده و مقعد راپور داده شده که تائید کننده اصطلاح جدید regional enteritis میباشد و در یك سلسله تحقیقات جدید شیوع کرون کولاپتیس تقریباً مانند شکل ileal مرض میباشد.

هستو پتالوژی مرض

دریافت های وصفی هستوپتولوژی مرض کرون عبارت از ارتشاح گرانولوماتوز لنف طبقه تحت المخاطی همراه با حجرات giant بدون تشکیل کازیوس بوده و در صفحه موخر مرض در اثر پیشرفت فیبروز طبقه تحت المخاطی از بین رفته لاکن giant cell در عقدات لنفاوی مساریقی مربوطه دریافت شده میتواند. و هستولوژست ماهر آفت را به آسانی از توبرکلوز تشخیص تفریقی کرده میتواند .

تظاهرات سریری مرض

مرض کرون که ارتباط به سن ، جنس ، حالت اجتماعی ، اقتصادی و توضع جغرافیایی ندارد رو به ازدیاد بوده و تقریباً یك مریضی فامیلی میباشد. اختلاط مرض کرون مانند ulcerative colitis بوده اما تحول آن به کانسر که اکثراً ناحیه الیوم را مصاب میسازد نظربه ulcerative colitis کمتر است .

Acute crohn disease: صرف در ٥ ٪ مریضان مشاهده شده و اعراض و علایم آن مشابه اعراض و علایم اپاندیسیت حاد میباشد . در مرض کرون کولیت حاد و توکسیك میگاکولون بمقایسه ulcerative colitis کمتر مشاهده میگردد .

Chronic crohn desease: این شکل مرض اکثراً مشاهده شده و میتوانیم آنرابه سه مرحله تقسیم نماییم که بعضاً مرحلهء دوم مرض مشاهده نمیگردد .

مرحله اول - درین مرحله نزد مریض تاریخچه چند ماهه یا چند ساله اسهالات خفیف موجود بوده که به شکل دوامدار ویا حملوی عاید و مترافق با کولیك بطنی میباشد که با فعل تغوط رفع میگردد.

تب بعضاً بیشتر از ۳۷.۲ درجه سانتی گراد که اکثراً به شکل متقطع میباشد موجود بوده لاکن بعضی مریضان در طول مریضی بدون تب میباشد . قانوناً یك کتله حساس در حفره حرقفی راست جس شده که با معاینه حوصلی نیز اکثراً دریافت میشوند . انیمی بدرجه متوسط موجود بوده occult blood ومخاط درمعاینه مواد غایطه دریافت شده و دوبر سه مریضان steatorrhea بدرجات مختلف دارند. ابسیه محیط مقعدی اکثراً درصفحه مقدم مرض کرون موجود بوده که علت آن ممکن یك کریپت منتن مقعدی باشد که با اسهال به صورت مترافق موجود بوده میتواند و بصورت عموم کثرت وقوعات و اهمیت تشخیص ابسیه ها و فیستول های perianal و perirectal در مریضان مرض کرون تائید و قبول شده است

مرحله دوم - این مرحله متصف با اعراض انسدادی حاد ویا مزمن امعاء بوده و لومن امعاء در نتیجه تشکیل نسج ندبوی در ناحیه گرانولوماتوز به تضیق معروض میگردد

مرحله سوم - درین مرحله التصاقات به وجود آمده که این التصاقات زیاد بوده و معمولاً باعث تشکیل ابسیه ها میگردد. بعضاً جدار امعاء تدریجاً تثقب کرده و مرض میتواند در نواحی ذیل باعث ایجاد فیستول شود:

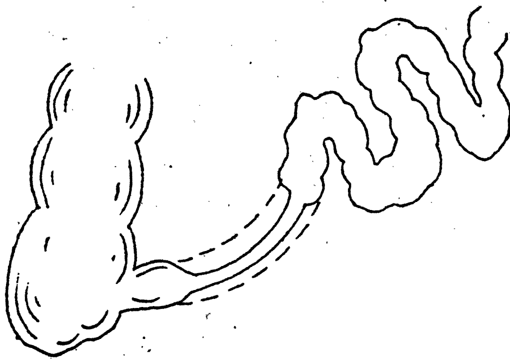
۱- فیستول های داخلی - دراحشای مجوف مانندکولون حوصلی و گاه گاه درقسمت راست مثانه، بناءً د رتمام وقایع فیستول های کولونی معایي و معایی مثانی امکانات مرض کرون مد نظر باشد.

۲ - فیستول های خارجی - که این فیستول تقریباً همیشه از طریق ندبه عملیاتی سابقه مثلاً اپاندیسیکتومی بوجود می آید.

تشخیص رادیولوژیك مرض

در کلیشه رادیو گرافی بعد از گرفتن باریوم عدم موجودیت segmentation امعاء، خفیف بودن ویا عدم موجودیت حرکات استداری امعاء در قسمت ماوفه مشاهده شده و قطر لومن امعاء ثابت باقی میماند. مرض کرون از نظر رادیولوژی به دو شکل یعنی تضیقی و غیر تضیقی تقسیم میگردد در مرحله غیر تضیقی وصف رادیولوژیك مرض عبارت از مستقیم شدن مخروطی شکل دسام میباشد و زمانی که قرحه بوجود آمد defect های متعدد سنگ فرش مانند (Cobble stone reticulation) بعد از تخلیه باریوم از قطعه ماوفه امعاء به مشاهده میرسد .

زمانیکه تضیق بوجود آمد کلیشه رادیو گرافی بسیار وصفی شده و بعضاً الیوم نهایی آنقدر متضیق میباشد که String sign of kantor مشاهده می گرددهمچنان دراین مرض در رادیوگرافی با باریوم شقهای خطی وصفی که از جدار امعاء بخارج تمادی دارد بنام raspberry thorn یا rose thorn یاد میشود مشاهده شده میتواند.



شکل - ١٤

علامه Kantor's string مرض کرون در معاینه توسط باریوم

تـــــــداوی :

تداوی طبي

تداوی طبی در صفحه مقدم مرض کرون دارای نتایج خوب بوده و این تداوی شامل استراحت ، مواد غذایی غنی از پروتین و ویتامین ها میباشد و درصورت لزوم تطبیق آهن ویا نقل الدم نزد مریض توصیه میشود بهترین انتی بیوتیك Sulphaphthalidine بوده از

Salazoprin ویا کورتیکوئید ها مانند پریدنیزولون یا ACTH با دقت و اختیاط استفاده شود در شکل حاد مرض بالخصوص در کولون Azathioprine در ۵ ٪ وقایع مفید واقع شده و ممکن مانع colectomy شود. این دوا تشکل فیستول را در صورت عملیات نیز کم ساخته در صورتیکه انسداد موجود نباشد در تداوی نکس مرض ازان استفاده شده میتواند نتایج تداوی طبی در صورت مزمن بودن مرض خوب نبوده انتی بیوتیك ها در کاهش حمله حاد مرض نیز بعضاً موثر بوده که به این منظور باید اولاً از gentamycin با -metronid azol استفاده کرد.مریضان مصاب سوتغذی باید از طریق انفی معدوی و یا parentral تداوی واصلاح شوند و تغذی دوامدار از طریق وریدی در مریضان مصاب فیستول بعضاً باعث شفای بنفسیه فیستول شده میتواند .

استطبابات جراحی

عبارتند از :

۱ - عدم موثریت تداوی طبی .

۲ - انسداد امعاء .

۳ - موجودیت فیستول .

عملیات جراحی : در صورتیکه بطن مریض به اشتباه اپاندیسیت حاد باز و مرض کرون دریافت شود باید بطن بزودی د وباره بسته گردد و appendicectomy به نسبت خطر زیاد تشکل فیستول بخارج اجراء نشود . گاه گاه مرض بصورت مکمل رشف شده لاکن در اکثر و قایع ileitis مزمن بوجود میاید .

تمام عملیاتهای کرون دارای فیصدی زیاد نکس بود ه و ۸۰ ٪ نکس بعداز عملیات R. hemicolectomy به ۱۰ -۱۵٪ بعد از عملیاتهای coloproctectomy کاهش یافته است باید گفت که عملیات اصلاحی دارای فیصدی نکس زیاد تر میباشد .

عملیاتهای مروج در مرض کرون عبارت انداز :

۱ - Right hemicolectomy - این عملیات در مرض کرون ناحیه الیوسیکل اجرا شده و بعد از ریزکشن، الیوم با کولون مستعرض نهایت به نهایت تفمم داده میشود و در

شود.

٤ - طبقه مخاطی (Tunica mucosa) سطح داخل اثناعشر را ساخته و وظیفه جذب را به عهده دارد . در قسمت خلفی انسی قطعه دوم اثناعشر یك بارزهء مخاطی موجود است که بنام Papilla duodeni major یاد میشود. و در بین آن قنات کولیدوك وپانکراس باز میگردد. در تحت این طبقه مخاطی ، طبقهء عضلی حلقوی ضخامت کسب کرده که بنام معصره oddi یاد می شود. و درمجموع این بارزه بنام Ampulla vater یاد می گردد . در ۲۵٪ اشخاص در کنار papilla duodeni minor یك بارزه دیگر بنام papilla duodeni minor موجود میباشد که در بین آن قنات اضافی پانکراس باز میگردد

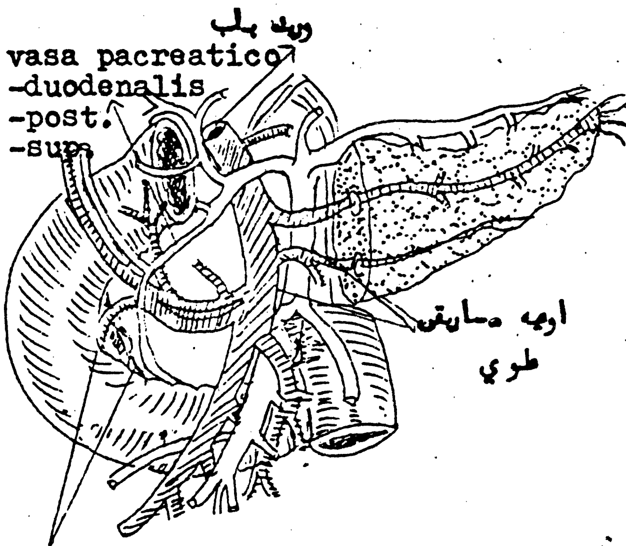
در کنار وحشی قطعه چهارم اثناعشر یك سلسله حفرات وجود دارد که مهم ترین آن عبارت از Recessus duodenojejunalis میباشد و این حفرات (recessus) میتوانند باعث فتق داخلی شوند.

شرائین اثناعشر

اثناعشر توسط دو قوس شریانی ارواء میگردد که عبارت اند از :

۱ - Arcus pancreaticoduodenalis ant.

۲ - Arcus- Pancreaticoduodanalis Post.



شکل - «٤» اثناعشر با شرائین و اوردهء آن

اوردهء اثناعشر

اوردهء اثناعشر هم نام شرائین آن بوده و به ورید مساریقی علوی میریزند

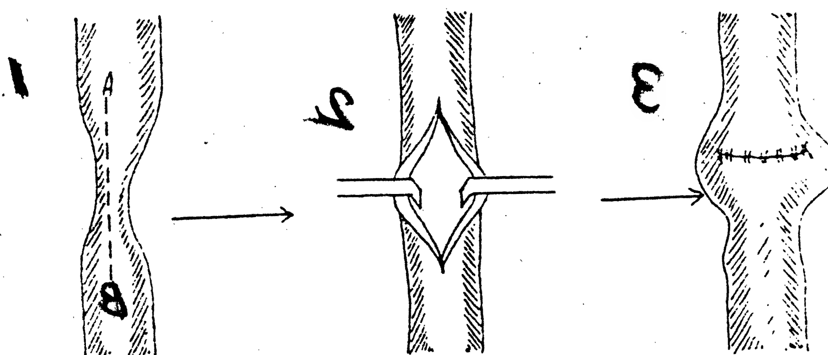
حالات استثنائی که امعاء برای عملیات اماده نباشدد عملیه - Defunctioning ileo-transverse bypass - کار عاقلانه می باشد .

۲ -Segmental resection - در این عملیات ناحیه ماوفه امعاء رقیقه و یا غلیظه بصورت موضعی برداشته میشود .

۳ -Colectomy و Ileo-rectal anastomosis- این عملیات در مرض کرون کولوئی که وسیعاً کولون ها اشغال شده باشد استطباب دارد .

٤ -Ileiostomy موقتی : این عملیات باعث خاموش شدن مرض کرون در قسمت های سفلی شده و در بعضی مریضان اجازه میدهد تا راجع به بر قرار نمودن تمادی امعاء در آینده فکر شود .

٥ - Stricture plasty : به غرض جلوگیری از ریزکشن وسیع امعاء می توانیم نواحی متعدد متضیق امعاء را از باعث مرض کرون توسط عملیه وسیع ساختن موضعی (Stricture plasty) تداوی کرد



شکل ۱۵ - stricture Plasty

۱ - شق طولانی بالای ناحیه متضیق امعاء اجرا میگردد.

۲- امعاء باز وجدارهای ان طوری که مشاهده میگردد از هم دور میشود .

۳ - امعاء دوباره بصورت مستعرض خیاطه گزاری شده تا ناحیه متضیق و سیع گردد .

٦ - Panproctocolectomy وکولوستومی دایمی - این عملیات در صورتی اجرا میگردد که مرض کرون ، کولون و رکتم را وسیعاء اشغال کرده باشد بعداز این عملیات نکس

مرض کمتر مشاهده میگردد .

انسداد اوعیه مساریقی

امبولی و یا ترومبو: اوعیه مساریقی باعث یکنوع اختناق مخصوص امعاء بدون انسداد معائی میگردد. امبولی شریانی نظر به ترومبوز بنفسیه زیادتر مشاهده شده و اوعیه مساریقی علوی نظر به سفلی بیش تر به انسداد معروض میگردد. باید گفت که نسبت موجودیت کولتیرالهای خوب در اوعیه مساریقی سفلی ، انسداد ان بصورت مخفی سیر می نماید .

ایتولوژی

۱ - امبولی اوعیه مساریقی - امبولی ممکن است از اذین چپ در مریضان مصاب فیبرلیشن اذینی ، یا از داخل قلب از ناحیه که مصاب احتشاء شده جدا شود . همچنان تنبتات دسامات قلبی و صفیحات atheromatous ابهر باعث امبولی شده میتواند .

۲ - ترومبوز شریان مساریقی - که اکثراً در نتیجه atheroma بصورت ثانوی و Thromboangitis obliterans (Buerger's disease) بوجود میاید .

۳ - ترومبوز ورید مساریقی - علت اینوع ترومبوز فرط فشار ورید باب , pyaemia ,- sickle cell disease بلند رفتن ترومبوسیت ها بعد از splenectomy بمنظور تداوی ، thrombocytopenic purpura ، فشار تومور بالای اوعیه مساریقی علوی و یا Septic Thrombophlebitis و درخانم ها گرفتن ادویه contraceptive میباشد

٤ - احتشاء معائی بدون انسداد وعائی - این حادثه ممکن در مریضانی مشاهده شود که دهانه قلبی و جریان دموی مساریقی بسیار پائین از باعث احتشای قلبی و یا عدم کفایه احتقانی قلب دارند .

پتـــــــولوژی

انسداد اوعیه مساریفی باعث احتشای امعاء شده و همراه با نزف جدار و داخل لومن امعاء و جوف پریتوان میباشد گانگرین و تثقب امعاء نیز بعلت ماوف شدن جریان دموی

مشـاهده شـده و این حـادثه هرگـاه باعث احتشـاء امعـاء نشود ممکـن اعراض انژین معـائی (Intestinal angina)را بوجود آورد که در اینصورت مریض بعد از گرفتن غذا از درد شدید بطنی شاکی بوده و ترس از گرفتن غذا نسبت تولید درد، باعث ضیاع سریع وزن نزد مریض میگردد ممکن steatorrhea نیز نزد مریض موجود باشد. درجات خفیف انسداد اوعیه مساریقی با الخصوص اگر انسداد تدریجی باشد ممکن با توسیعه جریان خون کولتیرال جبران شود. در چنین وقایع ممکن یك ویا دو شعبه اصلی (coeliac مساریقی علوی و سفلی) مسدود شود بدون اینکه مریض اعراض و یا شکایاتی داشته باشد.

تظاهرات سریری

در بعضی مریضان ممکن عامل قبلی مانند آفات قلبی و یا امراض کبدی موجود باشد سه پایه کلاسیك انسداد اوعیه مساریقی عبارتند از درد حاد کولیکی بطن ، خونریزی رکتم (rectal bleeding) و شاك (از باعث ضایعات خون) در مریضان مسن مصاب فیبرلیشن اذینی .درد مهمترین کلید تشخیص مقدم مرض بوده که بصورت آنی و شدید در یك مریض مصاب فیبرلیشن اذینی شروع شد ه و بصورت و صفی در وسط بطن توضع دارد .

نسبت استفراغات دو امدار و تخلیه امعاء بصورت مقدم ، جهاز معدی معائی تخلیه بوده و در صفحه موخر مرض ممکن خون تغیر یافته از از طریق رکتم اطراح شود. شاك از باعث ضایعات مایعات و بعداً ضایعات خون بداخل لومن امعاء بزودی تاسس مینماید .

در جس حسـاسـیت بطن در ابـتداء کم بوه لاکن بعد آ rebound tenderness و rigidity بوجود میاید و یك کتله مبهم درد ناك که عبارت از امعاء گانگرینی است ممکن جس شود .

در معاینه را دیوگرافی بطن گازات در امعاء رقیقه اکثراً مشاهده نشده لوکوسیتوز نوع نوتروفیلیك به صورت مقدم بوجود آمده و اکثراً متجاوز از ۱۵۰۰۰ میباشد .

تشخیص امبولی و یا ترومبوز اوعیه مساریقی در صورتیکه عوامل مساعد کننده مرض مد نظر باشد مشکل نبود ه و بخاطر باشد که این مرض نظر به تمام انواع انسداد معائی دارای وفیات زیاد میباشد.

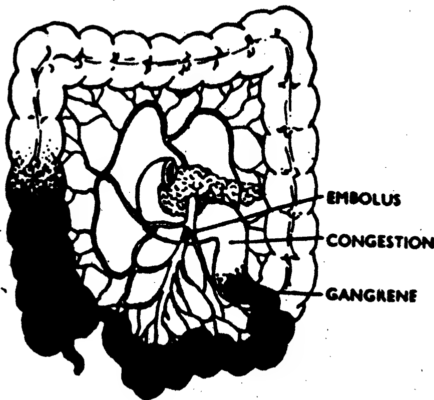
تـــــــــداوی

در اشکال مقدم مرض که تشخیص در اثنای لپراتومی وضـع گردد تداویی عبارت از embolectomy بوده و با اینکه شریان مساریقی علوی از ناحیه سالم و پائین تر ازناحیه انسداد قطع و با ابهر دوباره تفمم داده میشود .

در اشکال موخر مرض، نزد اطفال با الخصوص جوانان باید امعاء ماوفه ریزکشن و برداشته شود. در اشخاص مسن در صورتیکه ریزکشن وسیع ضرورت باشد آفت غیر قابل معالجه میباشد .

در تمام وقایع انسداد اوعیه مساریقی نقل الدم اجراء شود و ۱۲ - ۲٤ ساعت بعد از عملیات تداوی انتی کواگولانت اغاز گردد. مریضانیکه شفایاب میشوند ممکن نزد شان از باعث فیبروز اسکیمیك یك ناحیه امعاء انسداد معائی بصورت ثانوی مشاهده.شود

احتشاء امعاء غلیظه نادر بوده توضع امبولی در شریان کولونی متوسط باید توسط ریزکشن کولون مســـتعرض و exterorisation هردو نهایت ان بخارج، تداوی شود در صورتیکه مریض زنده ماند و تحمل عملیات بعدی را داشته باشد کولون دوبار تــفمم داده شود (Colostomy closure). درغـیر آن کولوستومی بصورت دایمی باشد



شکل ۱٦

امبولی در حذای جذع شریان مساریقی علوی قرار گرفته و در نتیجه آن گانگرین وسیع به وجود آمده است

تومورهای امعاء رقیقه

یکی ار مسایل بسیار اسرار امیز در تشکل تومور ، نادر بودن ان در امعاء رقیقه از حذای پیلور الی دسام الیوسیکل میباشد .

تنصیــــــف

تومورهای‌سلیم

الف - ادینوما (adenomatous polyps) .

ب - لئیومیوما یا فیبروما .

ج - لیپوما .

د - انژیوما .

ه - نوروفیبروما .

و Multiple polyposis (در صورت همراه بودن با صباغات جلدی در نواحی وجه غشای مخاطی جوف فم و لب ها بنام سندروم Peutz - Jegher's یاد میشود)

تومور های خبیث

۱ - تومود های حبیث ابتدائی .

الف - ادینوکارسینوما .

ب - لنفو سرکوما .

ج - کارسینوئید .

د - لئیومیو سارکوما.

۲ - تومور های خبیث ثانوی .

که در اینصورت تومور های خبیث معده ، کولون ، مثانه و یا لنفوما امعاء رقیقه را مورد تهاجم قرار میدهد .

تظاهرات سریری

تومور امعاء رقیقه ممکن است با نزف، اسهالات، انسداد، تغلف و یا تدور امعاء تظاهر نماید .

تومور های کارسینوئید

اکثر این تومور ها سلیم بوده و بیشتر در اپاندکس مشاهده میشود چنانچه در هر ۳۰۰ اپاندکس که توسط مداخله جراحی برداشته میشود یکی آن مصاب carcinoid تومور میباشد . کارسینوئید تومور امعاء رقیقه خبیث بوده مرض ندرتاء در رکتم و کولون و بصورت تصادفی در ریه نیز مشاهده میشود .

پتـــــولوژی

از نظر ماکروسکوپیك تومور از یك صفحه زرد رنگ تشکیل شده که در ابتداء غشای مخاطی سالم انرا پوشانده و بعداً قرحات روی ان بوجود میاید . مرض در اکثر مریضان زمانی تشخیص میگردد که تومور محیط امعاء را به شکل دایروی دور بزند .

از نظر میکروسکوپیك تومور از حجرات Kultschitsky تشکیل شده و توسط نقره رنگ آمیزی و از حذای کریپت های مخاط امعاء منشه میگیرد .

تومور به بسیار آهستگی رشد و نشو نما کرده و طوریکه قبلاً گفته شد تومور های کارسینوئید اپاندکس بصورت نسبی سلیم بوده و صرف ٤ ٪ این تومور ها میتاستاز میدهد.

تومور های کارسینوئید الیوم و امعاء غلیظه در عقدات مفاوی ناحیوی و کبد میتاستاز می دهد .

در صورتیکه تومور کارسینوئید بسیار بزرگ باشد نسبت افراز serotonin (5 H T یا 5 hydrozxytryptamine) توسط حجرات کارسینوئید باعث تولید اعراضی میگردد که بنام سندروم کارسینوئید یاد میشود .

تظاهرات سریری

سندروم کارسینوئید ممکن دارای یکی و یا زیاد تر از تظاهرات ذیل باشد :

۱ - کتله بطنی و یا کبد بزرگ که توسط تومور یا میتاستاز آن تولید شده است .

۲ - احتقانی شد ن و یا بر افروخته شدن وجه و عنق و حملات سیانوز .

۳ - تشدید و ازدیاد آواز های معائی با اسهالات .

٤ - اسپزم قصبی (bronchospasm)

٥ - تضیق طرق ریوی (pulmonary stenosis)

معاینات متممه

5- hydroxy tryptamine در ادرار به شکل 5 Hydroxy - indole Acetic Acid (5HIAA) اطراح میگردد و میتوان انرا توسط کاغذ کروماتوگرافی اندازه گیری کرد که مقدار آن در این سندروم افزایش میابد .

تـــــداوی

تومور های کارسینوئید سلیم صرف بعد از appendectomy تشخیص شده و تومور های خبیث ان باید جذری و وسیعاء برداشته شود بطور مثال hemicolectomy طرف راست در صورت موجودیت آفت در الیوم و یا عملیات abdomino - perineal در صورت آفات قسمت سفلی رکتم .

در صورت موجودیت میتاستاز ، آفت بصورت موضعی برداشته شود و در صورت امکان hepatectomy قسمی نیز اجراء گردد . میتاستاز های وسیع مرض توسط مسدود نمودن شریان کبدی بوسیله Seldinger catheter که از طریق شریان فخذی عبور داده میشود تداوی شده میتواند .

اهتمامات طبی که شامل تطبیق انتاگونست سیرو تونین ، انتی هستامینیك طویل التأثیر و الفا میتایل دوپا(Alpamethyl dopa) میباشد باعث تسکین اعراض و تنقیص حملات ان میگردد . حتی اگر میتاستاز های وسیع و گسترده موجود باشد چون تومور به آهستگی پیشرفت میکند ممکن مریض سال ها زنده بماند .

فصل سوم

انسداد امعاء

تعریف - انسداد امعاء عبارت او یك سندورم است که از باعث توقف تام گاز و مواد غایطه بوجود میاید.

تصنیف - انســداد امعـاء را میتـوان بدو دسـته عمده یعنی انســـداد میخانیکی (mechanical obstruction) و انسداد فلجی (paralytic) تقسیم کرد.

در انسداد نوع میخانیکی بندش آنی لومن امعاء مانع ترانزیت محتوی آن شده که اینوع انسداد نیز بنوبه خویش به انسداد میخانیکی ساده و مختنق تقسیم میگردد. در انسداد میخانیکی ساده صرف بندش در مقابل ترانزیت امعاء موجود بوده در حالیکه در نوع اختناقی بر علاوه انسداد، ارواء قسمت ماوفه امعاء نیز مختل میگردد. به خاطر باشد که در انسداد های میخانیکی ساده نیز در مراحل پیشرفته، ارواء امعاء نسبت توسع زیاد امعاء مختل شده میتوانند در انسداد های فلجی (نوروژنیك) محتوای امعاء نسبت حادثه فلجی نمیتواند مسیر امعاء را عبور نماید.

انسداد میخانیکی امعاء را میتوان از جهات ذیل نیز تصیف کرد:

۱ - سرعت شروع انسداد.

۲ - محل و موقعیت انسداد.

۳ - وصف و ماهیت انسداد.

٤ - اسباب و ایتولوژی انسداد.

۱ - سرعت شروع انسداد - از نظرسرعت شروع انسداد ، انسداد امعاء را میتوانیم به انسداد حاد ، مزمن و حاد روی مزمن تقسیم کرد. در انسداد حاد شروع مرض آنی بوده

اعراض و علایم آن شدید و وخیم میباشد .

در انسداد مزمن اعراض مخفی و بی سروصدا بوده و تدریجاً پیشرفت مینماید. مانند (اکثر وقایع کارسینو مای کولون) در حالیکه در انسداد روی مزمن دفعتاً اعراض و علایم انسداد حاد در یك انسدادا مزمن ظاهر میگردد مثلاً مسدود شدن تام لومن تنگ شده امعاء توسط مواد غایطه سخت

۲ - محل و موقعیت انسداد

از نظر موقعیت میتوان انسداد را به انسداد علوی و سفلی یا انسداد امعاء رقیقه و غلیظه تقسیم کرد.

۳ - وصف و ماهیت انسداد

از نظر وصف و ماهیت ، انسداد را به انسداد ساده و مختنق تقسیم کرده میتوانیم. که در انسداد ساده امعاء تشوش اروائی موجود نبوده در حالیکه در انسداد نوع مختنق ارواء امعاء در قسمت انسدادی مختل میگردد مثلاً در فتق های مختنق ، تدور امعاء تغلف امعاء و انسداد امعاء توسط برید یا Band.

ایتولوژی انسداد میخانیکی امعاء

اسباب انسداد میخانیکی امعاء را نیز میتوان مانند انسداد یك قنات در سایر نواحی بدن قرار ذیل مطالعه کرد:

۱ - اسباب داخل لومن امعاء مانند سنگ های صفراوی ، کلولهء مواد غذایی صلبه، مواد غایطه سخت و غیره .

۲ - اسباب جدار امعاء مانند atresia ولادی جدار امعاء ، نیوپلازم امعاء تضیقات التهابی (مرض کرون) ، دیورتیکولیت و غیره.

۳ - اسباب خارج جدار امعاء مانند فتق های مختنق (داخلی و خارجی) التصاقات و برید ها ، تدور و تغلف امعاء

انواع معمول انسداد ا معاء نظر به سن قرار ذیل است:

درنوزادان: تضیق واتریزیاولادیVolvulus neonatrum, Imperforated Anus

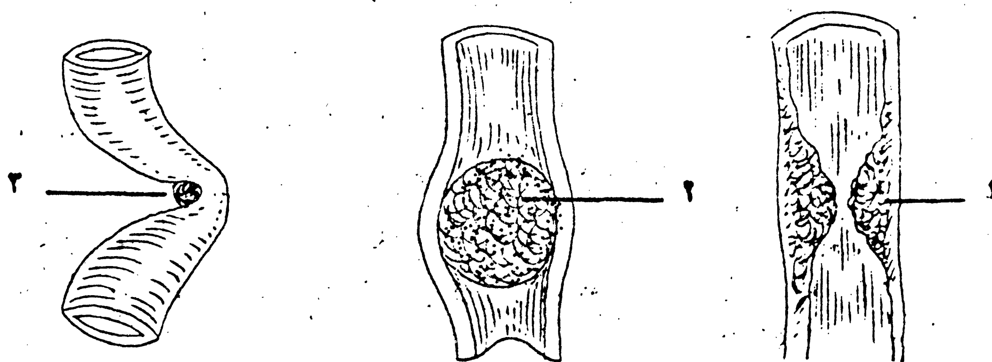
مرض Hirschsprung و Meconium ileus .

در اطفال و کودکان – تغلف امعاد ، مرض Hirschsprung فتق های مختنق و انسداد از باعث دیورتیکولیت میکل .

در جوانان و افراد میانه سن – فتق های مختنق ، التصاقات و برید ها ، مرض کرون .

در اشخاص مسن – فتق مختنق ،کارسینومای امعاء، دیورتیکولیت وکتله غایطی سخت.

فتق مختنق مهمترین اسباب انسداد را از زمان طفلی الی پیری تشکیل داده بناءً فوهات فتقیه را باید نزد تمام مریضان مصاب انسداد با دقت معاینه کرد



شکل ۱۷ – ایتولوژي انسداد هاي میخانیکی امعاء

۳ – انسداد امعاء در اثر اسباب خارج جدار آن (برید یا band).	۲ – انسداد امعاد در اثر عوامل لومن آن (کلوله مواد غذایی صلبه).	۱ – انسـداد امعاء در اثر آفت جدارآن (کارسیـــــــنوما)

اناتومو پتولوژی

اکر بطن یك مریض مصاب انسداد باز شود به مشاهده میرسد که یك مقدار مایع مصلی ویا مصلی دموی بداخل بطن موجود است امعاء در قسمت علوی مانعه متوسع ، احتقانی واذیمایی بوده و رنگ سرخ بنفشوی دارد باید گفت که این توسع در نزد یك مانعه زیاد میباشد.

در حذای مانعه منظره امعاء تغییر کرده و میتواند احتقانی ویا کمی تخریب شده باشد.
امعاء درین ناحیه غیر متحرك بوده و ممکن سیاه مایل و گانگرین باشد.

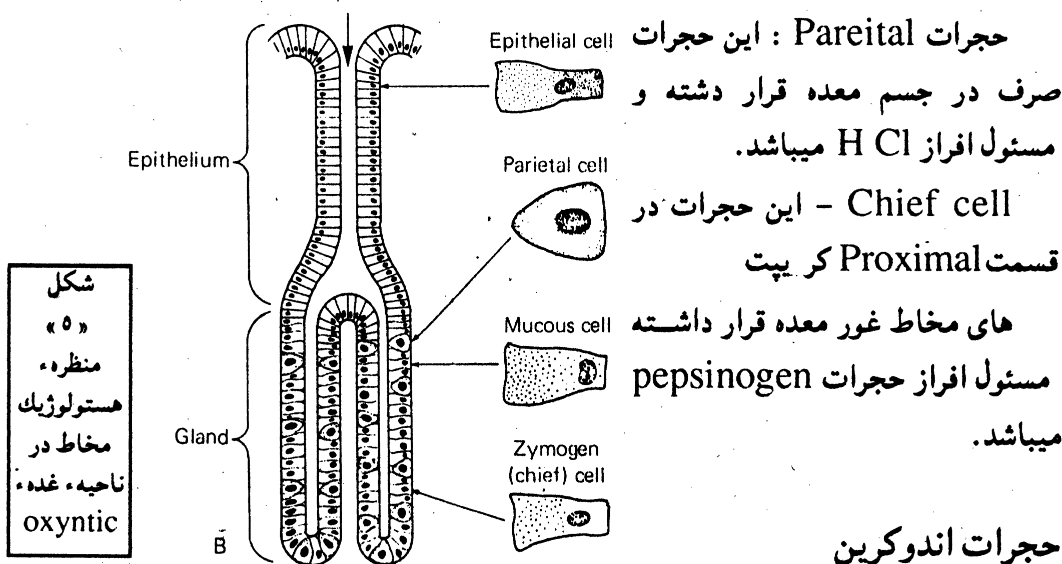
اوعیهء لنفاوی اثناعشر:

لنف اثناعشر به عقدات لنفاوی پانکراسی قدامی و خلفی میریزد.

اعصاب اثناعشر:

اعصاب اثناعشر منشهء خود را از Plexus coeliacus و Plexus mesentricus میگیرد.

از نظر هستولوژی معده متشکل از حجرات اپیتیلیل بوده که معده را فرش کرده این حجرات مملو از گرانول های تولید کننده مخاط است که باعث لشم شدن محتوی معده میگردد



شکل «۵» منظرهء هستولوژیك مخاط در ناحیهء غدهء oxyntic

حجرات Pareital : این حجرات صرف در جسم معده قرار دشته و مسئول افراز H Cl میباشد.

Chief cell - این حجرات در قسمت Proximal کر یپت های مخاط غور معده قرار داشته مسئول افراز حجرات pepsinogen میباشد.

حجرات اندوکرین

قسمت وسطی مخاط معدوی حاوی G - cell بوده که باعث تولید گاسترین میگردد این حجرات اساساً در ناحیهء انتروم معده قرار دارد

فزیولوژی

مهم ترین وظیفه فزیولوژیك معده و اثنا عشر وظیفه افرازی و حرکی می باشد. معده یك عضو ذخیروی بوده و غذای که داخل آن میگردد توسط اسید و پیپسین هضم و بعد از چند ساعت داخل اثنا عشر شده و دراینجا غذای مخلوط شده و افرازات معدوی (chyme)

در قسمت سفلی مانعه عروه معایی سالم بوده متقلص و به حال تخلیه قراردارد

فیزیو پتولوژی انسداد امعاء

از نظر فیزیولوژی میدانیم که مواد غذایی و محتوای امعاء در اثر حرکات استداری به سفلی رانده میشوند و بعد از امتصاص مواد ضروری قسمت باقیمانده به شکل مواد غایطه از بدن خارج میگردد. همچنان یك مقدار گاز با فعل بلع وارد جهاز هاضمه شده ویك مقدار دیگر در اثنای فعل هضم تولید میگردد که این گازات در جوف هوایی معده و زوایای کولونی مشاهده شده و زمانیکه به امعاء رقیقه رسید به زودی به کولون ها رانده میشوند . از جانب دیگر طوریکه میدانیم افرازات جهاز هاضمه در ۲٤ ساعت در حدود ۸ لیتر بوده و از جملهء ٤ لیتر آن علوی تر از پیلور (افرازات لعابیه ۱۵۰۰ ملی لیتر، معده ۲۵۰۰ ملی لیتر) افراز شده و ٤ لیتر باقیمانده آن پاینتر از پیلور (افرازات صفراوی و پانکراس یك لیتر، امعاء رقیقه ۳ لیتر) افراز میگردد که این مایعات از داخل لومن کولون دوباره امتصاص شده و صرف یك مقدار بسیار کم ان (در حدود ۳۰ ملی لیتر) با مواد غایه اطراح میگردد.

از طرف دیگر امعاء از نظر اروایی بسیار غنی بوده و در صورتیکه جریان خون آن از باعث حادثه انسداد مختل گردد‌بزودی به اسکیمی وگانگرین معروض شده میتواند. همچنان محتوی امعاء سیپتیك بوده و هر قدر بطرف کولونها نزدیك شویم محتوی آن بیشتر سیپتیك میگردد.

تغیرات فزیوپتولوژی انسداد امعاء را میتوان قرار دیل توضیح کرد:

با ایجاد انسداد در امعاء گاز و مواد غایطه عبور کرده نتوانسته و در قسمت علوی مانعه تجمع مینماید و باعث distenstion امعاء میگردد این توسع امعاء که بالا تر از مانعه میباشد باعث انتفاخ بطن شده وبدین ترتیب این توسع (Distenstion) بطنی، ظهور استفراغ، توقف گاز و مواد غایطه را بخوبی در یك انسداد تشریح کرده میتواند.

جهت مجادله مقابل مانعه حرکات استداری امعاء شدید شده که این تشدید حرکات استداری باعث اسپزم درد ناك و کولیك معائی میگردد. همچنان توسع امعاء باعث تشوش امتصاص (مایعات و مواد غذایی) شده و بدین ترتیب مقدار زیاد مایعات، پروتین و

الکترولایت ها ضایع میگردد . با ازدیاد تشوشات دورانی امعاء ضایعات هنوز بیشتر شده و از باعث توسع امعاء رکودت وریدی در جدار امعاء بوجود آمده که این رکودت وریدی بسمت ازدیاد قابلیت تقوذیه اوعیه شعریه شده و از جدار امعاء یك مقدار مایع به شکل اگزودات بداخل عروه معائی و جوف پریتوان خارج میگردد و این انصباب به نوبه خویش توسع امعاء را زیاد کرده و یك سایکل معیوبه بوجود می آید و جدار امعاء از باعث انوکسی در نتیجه توسع امعاء به تقرح و بالاخره به تثقب معروض میگردد.

سندروم Humoral در انسداد امعاء

چون در انسداد امعاء امتصاص مایعات و سایر مواد به تشوش معروض میگردد واز طرف دیگر یك مقدار مایع در اثر استفراغ ضایع میشود لذا مایعات عـــضویت تنقیص یافته و hemoconcentration بوجود می آید همچنان نسبت ضایعات الکترولایت ها و مایعات مخصوصاً قلویات (سودیم ، پوتاشیم ، کلسیم و غیره) اسیدوز به وجود آمده و چون مقدار ادرار نیز تنقیص می یابد مریض مصاب ازوتیمیا شده و بالاخره تحت لوحه اسیدوزو ازوتیمیا فوت میکند.

مطالعات سریری انسداد میخانیکی امعاء

اعراض انسداد امعاء نظربه موقعیت انسداد (امعاء رقیقه و غلیظه) ماهیت و میخانیکیت انسداد تا اندازه فرق کرده امابه هرصورتی که باشد باید مرض بصورت مقدم تشخیص و تداوی گردد زیرا هر قدر سبب انسداد بزودی تشخیص و برطرف شود به همان اندازه چانس بهبودی مرض زیاد میباشد.

انسداد امعاء دارای چهار عرض بوده و عبارت اند از:

١ - درد بطن.
٢ - استفراغ.
٣ - قبضیت تام.
٤ - انتفاخ بطن (Distension)

درینجا باید گفت که موجودیت این چهار عرض در یك انسداد امعاء حتمی نبوده و ممکن انسداد امعاء با یکی ازین چهار عرض موجود باشد.

۱ - درد بطن - درد مهمترین عرض انسداد امعاء بوده و شروع آن در انسداد های ساده میتواند آنی ویا تدریجی باشد لاکن در انسداد های نوع اختناقی شروع درد اکثراً آنی و شدید میباشد. درد وصف کولیکی دارد و به شکل سپزم های دردناك که ۱- ۳ دقیقه دوام میکند مشاهده میگردد شدت درد تا حدی زیاد میگردد که برای مریض حالت سنکوپ و شاك پیدا شده و بعداً از بین میرود تا اینکه دوباره ظاهر شود. مریض در فواصل درد کولیکی کاملاً احساس بهبودی کرده و یا اینکه نسیت توسع امعاء درد ها دوامدار میباشد همچنان این درد ها در انسداد های نوع اختناقی از باعث اختناق مساریقه امعاء دوامدار است.

۲ - استفراغ - از باعث حادثه reflex بوجود آمده و ممکن مترافق با درد ویا کمی بعد از درد ظاهر گردد. و مواد خورده شده را مریض دوباره استفراغ مینماید. در انسداد امعاء هر قدر سویه انسداد علوی باشد استفراغ مقدم و وافر بوده و هر قدر مانعه سفلی باشد استفراغ موخر ویا ممکن مشاهده نشود. محتوی استفراغ در ابتدا غذایی ، بعداً صفراوی و در اخیر شکل غایطی را میکیرد که این شکل غایطی از باعث نشو و نما و تجزیه یك تعداد زیاد رژم ها و خون تغیر کره بوجود می آید. در حالیکه استفراغ غایطی حقیقی صرف درمریضان مصاب فیستول معدی کولونی و Coprophagist ها مشاهده میگردد.

۳ - قبضیت تام یا توقف گاز و مواد غایطه - با وجودیکه قبضیت تام یکی از تظاهرات معمول انسداد حاد امعاء است ولی در انسداد های قسمی ویا مزمن مریض میتواند مقدار کمی گاز را خارج نماید حتی در انسداد های تام نیز مریض میتواند بعد از وقوع انسداد یکی دو بار مواد غایطه را از قسمت سفلی مانعه اطراح نماید اما گاز خارج شده نمی تواند .

٤ - انتفاخ بطن - انتفاخ بطن آنی نبوده لاکن عموماً در روز اول ظاهر شده، میتواند موضعی ویا منتشر در تمام بطن باشد و محل آن در اثر حرکات استداری امعاء تغیر نماید. ناحیه انتفاخی اگر قرع شود طبلیت نشان داده ودر قسمت سفلی و جوانب این ناحیه نسبت تجمع مایعات اصمیت وجود دارد و در صورت تجمع مقدار زیاد مایعات بداخل لومن معائی Succussion splash نیز دریافت میگردد. بخاطر باشد که انتفاخ بطن مخصوصاً در

انسدادا مزمن امعاء غلیظه و تدور کولون سیگموئید بسیار شدید و واضح بوده و در صورت انسداد قسمت علوی امعاء انتفاخ بطن نیز نسبت توسع یك قسمت کم امعاء ناچیز میباشد.

در معاینه اگر مریض زیاد استفراغ کرده باشد واضحاً dehydrae بوده و شدیداً درد دارد و نسبت درد شدید کولیکی بخود پیچیده و از یك پهلو به پهلوی دیگر دور میخورد . نبض سریع بوده اما درجهء حرارت در بیشتر مریضان نارمل است و نیض بسیار سریع و ازدیاد درجهء حرارت ، انسداد نوع میخانیکی اختناقی را بخاطر می آورد . بطن انتفاخی بوده و ممکن حرکات استداری امعاء روی جدار بطن مشاهده شود بخاطر باشد که حرکات استداری امعاء در اشخاص لاغر نیز ممکن روی جدار بطن مشاهده شود و در صورتیکه مترافق با درد نباشد دلالت به انسداد امعاء نمیکند . در تفتیش باید دو نکته مد نظر باشد یکی فتق مختنق خارجی مخصوصاً فتق کوچك فخذی در اشخاص چاق که ایجاب دقت زیاد را میکند و دیگر موجود یت ندبه عملیاتی سابقه در بطن که احتمال انسداد امعاء را از باعث التصاقات و برید ها بخاطر می آورد.

با جس عموماً بطن درد ناك و حساس بوده و ممکن کتله جس شود. (مثلاً در وقایع تغلف و کارسینومای امعاء).

با اصغاء آواز های معائی شدید بگوش رسیده و معاینه مقعدی (T. R) فراموش نشود که با این معاینه ممکن عامل انسداد را به قسم یك کتله تومورال در جوف دوگلاس یا داخل رکتم ویا راس تغلف و کتله غایطی را جس کرد.

تشخیص بین انسداد های نوع ساده و اختناقی از نظر سریری بسیار مشکل بوده و برای ارزیابی امکانات انسداد نوع اختناقی عوامل و فکتور های ذیل حایز اهمیت است:

١ - انسداد نوع اختناقی اکثراً بصورت حاد و آنی شروع میگردد.

٢ - حساسیت و تقلصیت جدار بطن در انسداد نوع اختناقی زیاد است.

٣ - در انسداد نوع اختناقی مریض توکسیك بوده ونبض سریع و درجه حرارت بلند است.

٤ - لوکوسیتوز ممکن موجود باشد.

تابلوی سریری انسداد های پیش رفته

اگر انسداد پیش برود و مریض بروز سوم و چهارم مراجعه نماید در اینصورت انسداد با

پریتونیت شباهت پیدا کرده ، توقف گاز و مواد غایطه تام شده استفراغات غایطی و بطن کش شده ، انتفاخی و بصورت منتشر و دوامدار درد ناك میگرد د وضعیت عمومی مریض خراب شده ، وجه سربی ، چشم ها فرو رفته ، نبض سریع ، فشار خون سقوط مینماید oliguria و حتی anuria تاسس کرده وجه عرقناك بوده هیکك عاید شده و بالاخره مریض از باعث عدم موازنه آب ، الکترولایت ها و تسمم فوت مینماید.

معاینهء تشخیصیه

بمجرد دخول مریض بشفاخانه باید تعداد کریوات خون (Full Blood count)، Packed cell- volume، الکترولایت های سیروم و یوری خون تعین گردد که بلند بودن لوکوسیتها اکثراً دلالت به انسداد نوع اختناقی کرده و افزایش Hb و Packed cell vol- ume نشان دهنده Hemoconcentration ورهنمای خوب برای معاوضه مایعات می باشد پائین بودن سویه سودیم ، پوتاشیم، کلوراید . و بای کاربونات سیروم و بلند بودن یوری دلالت به کمبود شدید الکترولایت ها از باعث ضایعات معدی معائی مینماید.

معاینهء رادیولوژی

رادیوگرافی ساده،بطن ازمهمترین معاینات درتشخیص انسدادامعاء بوده وصرف در۵٪ مریضان انسداد امعاء کلیشه رادیوگرافی نارمل دریافت شده که علت آن پر بودن امعاء صرف توسط مایعات میباشد وبدین ترتیب عدم دریافت سویه مایع وگازتشخیص رابتاخیر میاندازد.

نزد مریضان انسداد امعاء رادیوگرافی ساده بطن بوضعیت ایستاده و خوابیده اجرا شده و علامه وصفی رادیو لوژیك انسداد امعاء در یك رادیوگرافی ساده بطن بوضعیت ایستاده عبارت از سویه گاز و مایع (Air fluid level) یا Hydro - aerique میباشد که دلالت به عروه متوسع امعاء توسط گاز و مایع مینماید . باید گفت که موجودیت خیال مایع و هوا در وسط بطن دلالت به انسداد معاء رقیقه کرده و در صورتیکه در محیط بطن قرار داشته باشد انسداد امعاء غلیظه را بخاطر می آورد. هرگاه کلیشه رادیوگرافی بوضعیت خوابیده (supine) اجراء گردد گازات بصورت منتشر در امعاء مشاهده میگردد. بعضاً برای

تشخیص محل انسداد از رادیو گرافی امعاء با مواد کثیفه نیز استفاده شده و در صورت اماله باریوم هرگاه مواد کثیفه در کولونها توقف نه نماید دلالت به انسداد امعاء رقیقه کرده و در صورت توقف در کولونها انسداد امعاء غلیظه را نشان میدهد.

تشخیص تفریقی

انسداد امعاء با وجود معاینات سریری و رادیو لوژی میتواند با امراض ذیل مغالطه شود:

۱ - سندرومهای طبی عادی - مانند قرحات معدی اثناعشری، گاستروانتریت حاد کولیک های کبدی وکلیوی، یوریمیا وحالت قبل ازکومای دیابیتیك که ازجمله وقایع نادرطبی میباشد.

۲ - واقعات طبی جراحی (medico - surgical) که میتوانند باعث لوحه انسدادی کاذب شوند مانند حملات اپاندیسیت در اشخاص مسن، التهاب نفیر ومبیض در خانم ها پانکریاتیت حاد ، تثقبات قرحات پیپیتك ، توسع حاد معده و تدور کیست مبیض.

تشخیص تفریقی بین انسداد و پریتونیت در مراحل پیشرفته مشکل بوده زیرا در این مرحله انسداد و بریتونیت بصورت مترافق موجود میباشد.

بالاخره تشخیص تفریقی بین انسداد های میخانیکی و وظیفوی نیز باید اجراء شود که در انسداد های وظیفوی درد ها دوامدار بوده حرکت معائی در تحت جلد بطن مشاهده نشده و آواز های معائی اصغاء شده نمیتواند.

تداوی انسداد حاد میخانیکی امعاء

تداوی انسداد امعاء از باعث اسباب مختلف در مبحث مربوطه مطالعه شده و در این جا اساسات تداوی انسداد امعاء را مطالعه مینماییم.

تداوی انسداد های میخانیکی امعاء به جز از چند حالت استثنایی نسبت مشکل بودن تشخیص تفریقی بین انسداد های ساده و اختناقی عملیات عاجل جراحی بوده و این حالات استثنایی عبارت از انسداد های مقدم و موخر بعد از عملیات ا زباعث التصاقات و انسداد های قسمی امعاء غلیظه میباشد . و مریضان قرار ذیل برای عملیات آماده می شوند:

۱ - تطبیق سند انفی معدی جهت تخلیه محتوی معده که این عمل باعث تنقیص فشار

داخل امعاء شده لذا انشاق محتوای معده دراثنای induction انستیزی جلوگیری مینماید.

۲-جبران و معاوضه مایعات و الکترولایتها از طریق وریدی ؛ و در صورتیکه مریض در شاك باشد خون و پلازما نیز داده شود.

۳- تطبیق انتی بیوتیك ها (Gentamycin یا Cephalosporin) یکجا با Met-ronidazol درصورت احتمال انسداد های نوع اختناقی ویا تشخیص آن دراثنای عملیات.

٤ - اکسیژن تیزاپی به منظور جلوگیری از هیپوکسیا.

بعد از اماده ساختن مریض برای مداخله جراحی بطن تحت انستیزی عمومي، معمولاً توسط شق خط متوسط (median) بمنظور دور نمودن سبب انسداد و بر قرار نمودن ترانزیت باز شده و بدین ترتیب سبب انسداد دریافت و بر طرف میگردد. در اینجا باید گفت که هر گاه انسداد در امعاء رقیقه توضع داشته باشد و رفع انسداد ایجاب enterotomy و یا ریزکشن امعا را نماید و یا اینکه امعاء معروض به گانگرین شده باشد در اینصورت بعد از اجراء عملیه های فوق می توانیم امعاء را ترمیم و یا دوباره تفمم دهیم در حال که در انسداد های امعاءء غیظه نسبت خرابی ارواء و سیپتیك بودن محتوی آن در مرحله اول از خیاطه گذاری و تفمم کولون صرف نظر شده و نزد مریض Caecostomy و یا Colostomy موقتی اجراء میگردد و در مرحله دوم تداوی سببی اجراء و کولون تفمم داده می شود .

در اثنای عملیات باید حیاتیت امعاء با الخصوص ناحیه انسدادی با دقت تفتیش و تحت مطالعه قرار گیرد وعدم حیاتیت عروه معائی را میتوان توسط چهار علامه ذیل تشخیص کرد.

۱ - عدم موجودیت حرکات استداری امعاء .

۲ - فقدان و یا از بین رفتن جلای طبیعی امعاء .

۳ - رنگ عروه معائی (امعاء با رنگ سبز و یا سیاه حیاتیت نداشته در حالیکه عروه برنگ ارغوانی ممکن حیاتیت داشته باشد).

٤ - عدم موجودیت نبض در شرائین مساریقه امعاء ماوفه .

درصورتیکه حیاتیت امعاء مشکوك باشد بعداز برطرف نمودن عامل انسداد ، امعاء در یك کامپرس مرطوب با سیروم فزیولوژیك گرم برای چند دقیقه پیچانده شده که درصورت حیاتی بودن عروه، رنگ آن دوباره طبعی شده باتنبیه حرکات استداری امعاء دوباره عاید می گردد.

اشکال خصوصی و مخصوص انسداد امعاء

انسداد امعاء در نوزادان

تصنـــــــیف

۱ - اتریزیای امعاء (Intestinal atresia) .

۲ - تدور امعاء نوزاد (volulus neonatarum)

۳ - میکونیوم الیوس (Meconium Ileus) .

٤- مرض Hirschsprung.

٥- اتریزیا انورکتل (Ano- rectal atresia) .

استفراغ دوامدار یك طفل نوزاد دلالت به سه حالت یعنی ترضیضات داخل قحفی انتانات و یا انسداد امعاء کرده و استفراغات صفراوی در یك نوزاد بدون استثناء نشانه انسداد امعاء میباشد .

بر علاوه استفراغ نزد این مریضان ممکن قبضیت ، انتفاخ بطن و حرکات استداری قابل رویت نیز موجود باشد .

رادیوگرافی ساده بطن عروات متوسع امعاء را با سویه مایع نشان میدهد .

اتریزی ولادی

اتریزی و لادی امعاء به اشکال مختلف تظاهر کرده گاهی امعاء توسط یك حجاب و یا پرده، بصورت قسمی و یا مکمل مسدود شده وگاهی در طول امعاء عدم اتصال و یا پیوستگی مشاهده میگردد که ممکن با عدم موجودیت و یا Defect مساریقه همراه باشد و آفت ممکن امعاء را در چندین ناحیه مصاب سازد .

تــــــداوی

تداوی مرض عبارت از ریزکشن ناحیه تضفیق و انستموز امعاء میباشد که عملیات

مشکل بوده و وفیات آن زیاد است.

تدور امعاء نوزادان

این حادثه از باعث نقصان در تدور طبیعی امعاء بوجود آمده به قسمیکه سیکوم در موقعیت علوی باقیمانده و از آن یك شریط ولادی جدا میگردد که از روی اثناعشر گذشته و میتواند آنرا مسدود سازد . سیکوم و قسمت وسطی امعاء (midgut) نسبت نقص تدور به مساریقه آویزان و معلق باقی مینماند که دارای جذر باریك است و میتواند به آسانی تدور نماید و در صورت عدم تداوی تمام (midgut) به گانگرین مصاب شده میتواند .

تـــــداوی

تداوی مرض عبارت از رفع تدور امعاء، قطع شریط (band) که از روی اثناعشر گذشته و تثبیت کولون ساعده بجدار جنبی بطن میباشد .

میکونیوم الیوس

میکونیم الیوس یکی از تظاهرات است که نزد نوزادان مصاب Cystic fibrosis (Mucoviscidosis) مشاهده میگردد . در (Mucoviscidosis) یك نقص عمومی افرازات مخاطی امعاء ، پانکراس (مرض fibrocystic) پانکراس و شعبات قصبی موجود بوده و از فقدان مخاط در امعاء و مسدود شدن قنات پانکراسی تریپسین به امعاء رسیده نتوانسته قسمت سفلی الیوم جنین توسط میکونیوم غلیظ و چسپناك مسدود شده و ممکن تثقب امعاء در حیات داخل رحمی بوقوع رسد (Peritonitis Meconium) .

تظاهرات سریری :

طفل از روز اول تولد مصاب انســداد حاد امعاء بوده و ممکن عروه الیوم که پر از میکونیوم است جس گردد . رادیوگرافی بطن علاوه بر آشــکار ساختن قوس های متوسع امعاء وجود میکونیوم را با خیــال های مخصوص ان (ground glass) نشان میدهد.

تـــــداوی

ممکن است میکونیوم را با تطبیق gastrografin تحت کنترول رادیوگرافی از امعاء پاك و دور سازیم . گاستروگرافین یك ماده رادیواوپك ، hyperosmolar (باعث دخول مایعات بداخل لومن امعاء میگردد) و دارای فکتور emulsion بوده و تخلیه میکونیوم را آسان میسازد . درصورتیکه این تداوی موثر واقع نگردد و یا امعاء تثقب کرده باشد مداخله جراحی استطباب داشته و بعد از باز نمودن بطن enterotomy اجراء و میکونیوم غلیظ توسط شستشو دور میگردد و در صورت گانگرین ناحیه مسدود شده الیوم ریزکشن میگردد و بعد از عملیات برای طفل از طریق فمی pancreatin توصیه می شود .

انذار مرض نسبت عدم کفایه افرازات مخاطی قصبات و انتانات متکرر تنفسی که غیر قابل جلوگیری میباشد خوب نیست .

مرض Hirschsprung

این مرض ممکن نزد نوزادان به شکل انسداد حاد تظاهر نماید .

پتــــــولوژی

این مرض که بنام میگا کولون ولادی و یا aganglionic نیر یاد میگردد ازباعث تشوش در رشد اعصاب پاراسیمپاتیك در قسمت اخیر امعاء بوجود امده و حجوات گانگلیونی در ضفیره Auerbach و Meissner قسمت رکتم ، بعضاء سفلی کولون و ناد رأ در تمام کولون موجود نبوده که این حادثه باعث سپزم ناخیه ماوفه و توسع قسمت علوی ان میگردد (شکل ۱۸) . قبل از شناخت مکمل ماهیت مرض در تداوی جراحی قسمت متوسع کولون برداشته شده و این تداوی باعث بهبودی مریض نمی گردید .

تظاهرات سریری

۸۰٪ این مریضان ذکور بوده و اعراض انسدادی در اشکال بسیار وخیم مرض در روز

توسط افرازات اثناعشر و پانکراس خنثی و ازمولاریتی آن معادل پلازما میگردد علاوتاً غذا های مختلف باعث تنبیه افرازات اندوکرین اثناعشر شده که این افرازات فعالیت حرکی و افرازی جهاز هضمی را تغییر میدهد.

افراز عصارهء معدوی

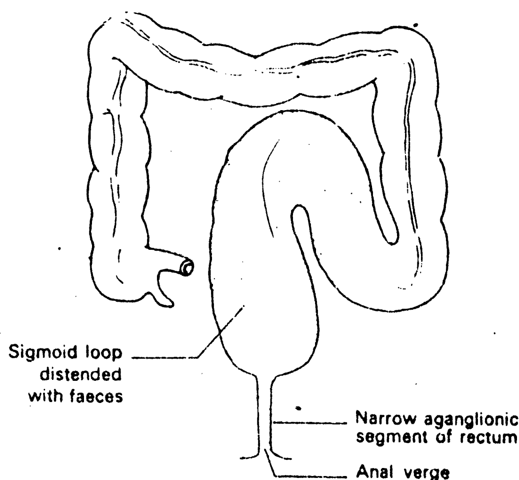
عصارهء معدوی متشکل از پیپسین ، فکتور Intrinsic ،ایونها و دیگر مواد اورگانیك منحل در (Hcl) رقیق می باشد . غدوات معدوی که مسئول افراز (Hcl) است اضافه تر از دو بر سه مخاط جسم معده را اشغال کرده و صرف ناحیه کاردیا ، پیلور و انتروم عاری از این حجرات میباشد. و باید گفت که غدوات مخاط جسم معده دارای حجرات Oxyntic یا جداری که باعث افراز (Hcl) میگردد حجرات افراز کننده پیپسین وافراز کننده مخاط می باشد . حجرات افراز کننده مخاط در نواحی از معده که افرازات آن خفیفاً قلوی می باشد مانند کاردیا ، غور و پیلورمعده نیز دریافت میگردد.

قسمت اعظم معلومات موجوده در مورد افرازات معدوی توسط مولف (Pavlov) ارایه شده این مولف دریافت نمود که افرازات معدوی در اثنای استراحت و گرسنگی کم بوده و تقریباً ۱۵٪ ظرفیت اعظمی میباشد. و زمانیکه غذا گرفته می شود قبل از اینکه به معده برسد از طریق تاثیر عکسه واگوس بالای حجرات جداری افرازات اسید زیاد میگردد و این مرحله اول یا (cephalic) افرازات معدوی است که در نتیجه عکس العمل مقابل بوی، دیدن و چشیدن غذا بوجود میآید. مرحله دوم که یك مرحله بسیار مهم است عبارت از مرحله معدوی یا (Humoral) می باشد. که در این مرحله در اثر تماس غذا با ناحیه انتروم پیلوریك، هارمون گاسترین از این ناحیه افراز شده و باید گفت که هارمون گاسترین در اثر تنبهات دیگر از قبیل ازدیاد فشار ناحیه انتروم نیز افراز میگردد . دو مرحله فوق یعنی واگال یا عصبی و مرحله گاسترین یا هومورال با هم دیگر ارتباط داشته یعنی افرازات معدوی که در اثر موجود یت غذا در ناحیه انتروم بوجود میاید با قطع عصب واگوس کم میگردد

میخانیکیت سوم که باعث افراز اسید معده میگردد عبارت از تنبیه حجرات جداری

های اول حیات شروع شده و اگر تداوی نشود باعث مرگ میگردد. اشکال و انواع خفیف مرض باقبضیت های معندوران طفلیت همراه بوده و این مریضان با بطن فوق العاده متوسع و اختلال شدید رشد و نشو نما تاسن بلوغ میرسند .

با معاینه مقعدی رکتم خالی و متضیق بوده و د ر قسمت علوی ناحیه متضیقه ممکن تجمع مواد غایطه قابل جس باشد و به تعقیب این معاینه طبق معمول مقدار زیاد گاز و مواد غایطه خارج میگردد.



شکل «۱۸» مرض هیرشپرونگ

معاینات خصوصی :

۱- اماله باریوم (Barium enema) که بصورت وصفی رکتم متضیق را نشان داده و در فوق این ناحیه متضیق کولون متوسع و معلواز مواد غایطه میباشد.

۲ - بیوپسی جدار رکتم - که عدم موجودیت تام حجرات گانگلیونیک را نشان میدهد .

تشخیص تفریقی

مرض با میگا کولون کسبی تشخیص تفریقی شود که این مرض با قبضیت بسیار شدید تظاهر نموده و زیاد تر در اطفال ۱-۲ ساله مخصوصاً مصاب آفات روانی مشاهده می گردد. معاینه مقعدی نزد این اطفال بسیار وصفی بوده و رکتم الی مقعد مملو از مواد غایطه میباشد و در پیوپسی جدار رکتم دارای حجرات گانگلیونی نارمل است. این مریضی با تطبیق إماله های منظم و ملینات رفع میگردد .

تـــــداوی

هر گاه نوزاد بعد از تولد مصاب انسداد امعاء باشد نزدش کولوستومی اجراء شود و عملیات انتخابی زمانی اجراء شود که طفل ٦-٩ ماه عمر داشته و یا اینکه حد اقل سه ماه از اجرای کولوستومی آن گذشته باشد این عملیات که از طریق بطن و عجان صورت می گیرد قسمت aganglionic کولون برداشته شده و قسمت سالم کولون با کانال مقعدی تفمم داده میشود (Abdomino-peritoneal-Pull through anastomosis).

در زمان عملیات لازم است تا معلومات و اطمینان راجع به موجودیت حجرات گانگلونیک در قسمت باقیمانده کولون توسط معاینه هستولوژیك frozen section حاصل گردد .

اتریزی انورکتل

اتریزی انورکتل بدرجات مختلف وخامت از imperforated anus الی عدم موجودیت کامل مقعد و رکتم مشاهده شده میتواند و ۵۰ ٪ انها مترافق با فیستول میباشد و این فیستول ها در اناث در مهبل و در ذکور در مثانه و یا احلیل باز میگردد و ۲۵ فیصد آنها با انومالی های ولادی سایر نواحی بدن مترافق میباشد .

تظاهرات سریری

در معاینه ممکن مقعد وجود نداشته باشد و یا اینکه بعوض مقعد فرورفتگی مختصری و

یا یك قنات مسدود دریافت شده. برای دریافت وسعت آفت میتوان از رادیوگرافی استفاده کرد که برای این منظور طفل را معکوس وضعیت داده طوریکه پا های ان به علوی و راس طفل به سفلی قرار گیرد و یك نشانه فلزی به مقعد تثبیت میگردد بدین ترتیب فاصله بین حباب هوا در قسمت سفلی امعاء و نشانه فلزی اندازه گیری میگردد.

تـــــداوی

۱ - اگر حد فاصل بین امعاء و جلد نارك باشد حجاب مذکور قطع شده و حوافی امعاء با جلد خیاطه گذاری میگردد.

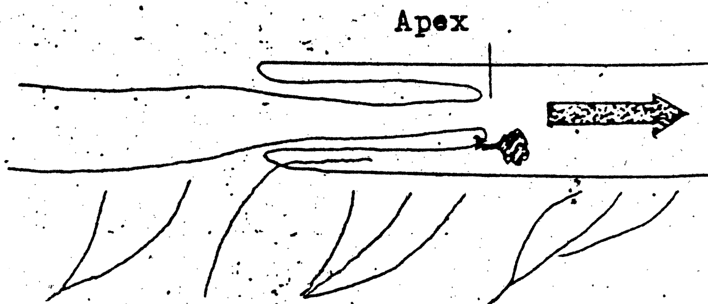
۲ - در صورتیکه فاصله بین نهایت مسدود شده امعاء و مقعد زیاد باشد در مرحله اول کولوستومی اجراء و زمانیکه طفل دوساله گردید عملیات Pull through اجراء میگردد و باید گفت که بعضی جراحان این عملیات را بصورت عاجل و مقدم اجرا مینمایند .

۳ - اگر فیستول مهبلی موجود باشد عملیات عاجل ضرور نبوده زیرا امعاء از طریق مهبل تخلیه میگردد و عملیات جراحی انتخابی در سنین بالاتر انجام داده می شود .

٤ - اگر فیستول مثانی و یا احلیلی موجود باشد (اطراح میکونیوم توسط ادرار) باید غرض جلوگیری از انتانات صاعده. طرق بولی، فیستول مذکور بصورت عاجل با اجرا کولوستومی و یا ترمیم مقعد بسته شود .

تغـــــلف امعاء (Intussusception)

تعــريف - تغلف یا intussusception عبارت از داخل شدن و یا پیشروی قسمتی از امعـــاء بداخل امعاء متصــل و مجـــاوران میباشد



شکل - ۹ | تغلف یا Intussusciption امعاء

در این حادثه تقریباً همیشه عروه پروکسیمل داخل عروه دیستال شده لاکن بصورت بسیار نادر تغلف به شکل معکوس (retrograde) نیز مشاهده شده میتواند. ومیتواند باعث تغلف شکل نکس کننده شود.

پتولوژی

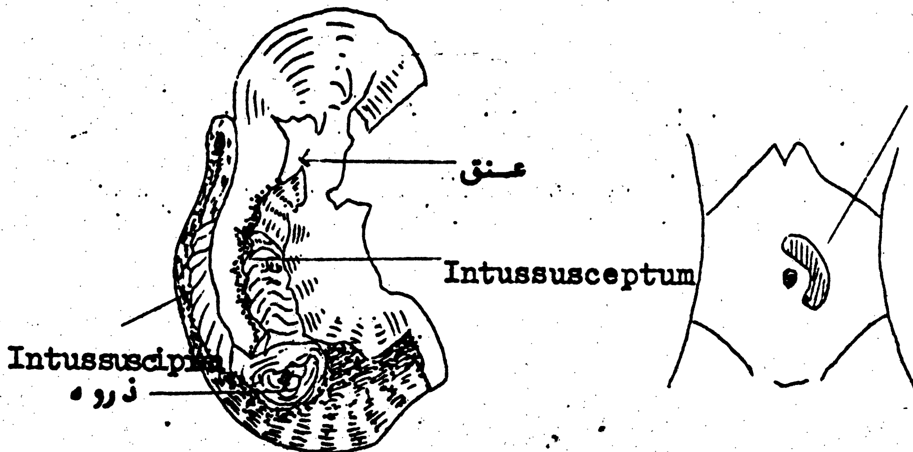
تغلف امعاء متشکل از سه قسمت می باشد :

۱ - تیوب داخلی یا قسمت داخل شونده .

۲ - تیوب متوسط یا قسمت برگشت کننده .

۳ - تیوب خارجی یا قسمت شیت.

تیوب خارجی بنام Intussuscipion یاد شده و تیوب داخلی و متوسط بصورت مشترك Intussusceptum را میسازد. عنق عبارت از محل اتصال طبقه داخل شونده با کتله تغلف بوده قسمت که بداخل لومن امعاء پیش میرود بنام ذروه (apex) یاد شده و کتله (mass) که در مجموع تغلف را میسازد باپیشرفت ذروه بزرگتر میگردد . (شکل ۲۱).



شکل - ۲۱مقطع یك تغلف که اجزا و قسمت هاي مختلف آنرا نشان میدهد.

شکل - ۲۰ علامه فزیکی تغلف در یك طفل شیر خوار که توسط Hamilton bailey ارائه گردیده .

ایتـــولوژی

دریك تعداد کم و قایع سبب مرض واضح بوده و اینها عبارتند از، پولیپ ها، لیپوما تحت المخاطی، papilliferous کارسینوما و یا رتج میکل. این افات طوریکه در شکل (۱۹) مشاهده میشود به آسانی باعث تغلف میگردد. ۹۵ ٪ تغلف امعاء در شیر خواران و اطفال مشاهده شده و بصورت عموم در تغلف شیرخواران قبول شده است که :

۱ - تغلف شکل Idiopathic زیاد تر بین سنین ٦-۹ ماهگی بوقوع میرسد .

۲- تغیر در تغذی طفل در اثر جدا شدن آن از شیر مادر موجود میباشد .

۳ - تغلف شکل Idiopathic اکثراً در ۵۰ سانتی متری اخیرامعاء رقیقه آغاز و مشاهده میشود .

٤ - قسمت اعظم peyer's patches در قسمت سفلی الیوم تجمع و موقعیت دارند .

تیـــوری ها

الف - تغییر در تغذی طفل باعث تبدیل فلورای معائی میگردد.

ب - این حادثه التهاب طرق معائی را مساعد میسازد .

ج - حوادث فوق به نوبه خویش باعث التهاب و تورم صفیحات پایر میگردد.

د - صفیحات پایر متورم باعث تولید برامدگی بداخل لومن امعاء شده واین تبارز با یکی از اسباب شناخته شده تغلف قابل مقایسه میباشد.

تیـــوری دیگر

تغلف اکثراً وقوعات فصلی داشته و این حادثه مربوط به حملات انتانات طرق تنفسی علوی میباشد . بعد از عملیات تغلف امعاء انتی بادی های ویروس های معین تجرید و دریافت شده و چنین فکر میشود که اینها باعث تورم صفیحات پایر میگردد.

در کاهلان پولیپ های hamartomatous سندروم Peutz - Jeghers که متصف به نقاط صباغی در اطراف جوف قسم وجه و غشای مخاطی با پولی پوز امعاء.

انواع تغلف و وجه تسمیه آنها

۱ - Ileo-ileal - در این نوع عروه از الیوم بداخل عروه دیگر الیوم تغلف می نماید .

۲ - Ileo - colic - تغلف Ileo-ileal پیشرفته و بعد از عبور از دسام الیوسیکل داخل کولون میگردد.

۳ -Ileo - caecal - در این نوع تغلف دسام الیوسیکل راس ویا ذروه تغلف رامی سازد.

٤ - colio - colic - در این نوع عروه کولون در عروه مجاور آن تغلف مینماید و علت این نوع تغلف زیادتر تومور های جدار کولون میباشد.

بخاطرباشد که ارواء طبقه داخلی تغلف ماوف شـده میتواند و هر قدر تغلف تحت فشـار زیاد قرار داشته باشد زود تر معروض به کانگرین میگردد و نسبت فشار زیاد از باعث عبور از دسام الیوسیکل، تغلف الیوکولیك یك مثال خوب گانگرین مقدم میباشد.

انواع تغلف در ۷۰۲ واقعه

جدول شماره «۳»

	٪ واقعات		٪ واقعات
(Ileo - ileal)	۵	متعدد	۱
(Ileo - colic)	۷۷		۲ ، ..
(Ileo - ileocolic)	۱۲	سایر	۲، ۸
(Colo - colic)	۲		

تظاهرات سریری تغلف در اطفال

تغلف اکثراً در یك طفل کاملاً تندرست که ٦-۹ ماه عمر دارد مشاهده شده و ذکور دو مرتبه بیشتر از اناث مصاب آفت میگردد. شروع مرض آنی بوده و طفل نسبت درد های شدید کولیکی بطن پا های خود را جمع کرده و فریاد میکند . ممکن مریض فوراً بعدا از شروع حمله

مرض استفراغ نماید لاکن بخاطر باشد که استفراغ در شروع مرض یك عرض ثابت نمیباشد حمله درد بعد از هر ۱۵ دقیقه ظاهر شده که برای چند دقیقه دوام کرده و مترافق با خسافت وجه میباشد این اعراض تدریجاء بیشتر شدت اختیار کرده و مریض در بین دو حمله درد بیحال بنظر میرسد. در مرحله مقدم مرض اکثراً مواد غایطه نارمل اطراح شده لاکن بعداً خون و مخاط خارج میگردد که بنام مواد غایطه red - currant jelly یاد میشود .

در معاینه بطن انتفاخی نبود ه و با جس که باید در فاصله بین دو سپزم با دست های گرم در تحت رخت خواب و بدون تنبیه طفل صورت گیرد یك کتله وصفی ممکن سخت در یافت شود (شکل ۲۱). لاکن در صورتیکه کتله در تحت حافه اضلاع طرف راست ویا چپ قرار داشته باشد ممکن حتی تحت انستیزی نیر جس شده نتواند و حفره حرقفی راست خالی دریافت میگردد (علامه Dance) در معاینه مقعدی با الخصوص bimanual در صورتیکه تغلف بقدر کافی پائین امده باشد میتوانیم ذوره تغلف را به شکل یك کتله مخروطی و شبیه عنق رحم جس کرد و بخاطر باشد که در اکثریت و قایع راس تغلف نسبت عدم پائین آمدن آن بقدر کافی از طریق رکتم جس شده نتوانسته لاکن در انگشت که توسط ان معاینه صورت میگرد مخاط خون الود در اکثر و قایع دریافت میشود .

در یك تعداد کم و قایع تعلف واقعا از طریق مقعد بخارج بر امده که این حالت نشان هنده امعاء زیاد متحرك از باعث داشتن مساریقه طویل ، نظر به دوامدار بودن تغلف میباشد .

در صورت عدم تداوی و ارجاع تغلف ، درد ها دوامدار شده استفراغات و افرمیگردد و بعد ار ۲٤-۳٦ ساعت بطن شروع به انتفاخ مینماید و انسداد مطلق بوجود میاید . این لوحه و یا پریتو نیت ثانوی از باعث گانکرین ممکن سبب مرگ شود گاه گاه مریض از باعث نکروز و جدا شدن intussusceptum بصورت طبعی بهبود کسب مینماید .

تظاهرات سریری تغلف امعاء در کاهلان عبارت از اعراض و علایم انسداد امعاء بوده و با جس کتله در بطن وامدن خون از طریق مقعد تشخیص وضع میگردد و باید گفت که تغلف در کاهلان یك حادثه مزمن و نکس کننده بوده و با حملات متکرر انسداد تحت الحاد و تغیر علایم بطنی ظاهر شده میتواند که در اثنای حمله مرض کتله واضح در بطن جس شده و بعد از چند ساعت کتله غایب و اعراض و علایم از بین میرود .

رادیوگـرافی

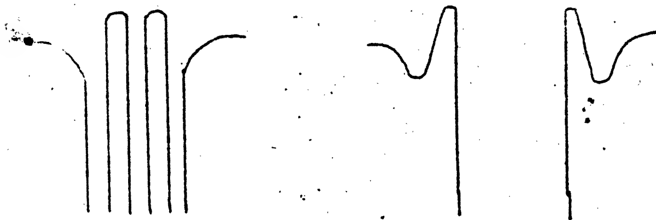
رادیوگرافی ساده بطن اکثراً ازدیاد خیال گازات را درامعاء رقیقه و گاهی عدم موجودیت خیال گاز را درسیکوم نشان میدهد. تغلف مزمن امعاء رقیقه توسط خوردن باریوم (Barium meal)تشخیص شده واماله باریوم شواهد مثبت موجودیت تغلف نوع الیوکولیك رانشان میدهد (علامه claw) این معاینه بعضاء بمنظور ارجاع تغلف نیز بکار میرود.

تشخیص تفریقی

۱ - با Acute enterocolitis - در اینجا برخلاف تغلف، اسهال یك عرض رهنمائی کننده بوده و مانند تغلف درد بطنی و استفرغ اکثراً مشاهده میشود همچنان خون و مخاط ممکن اطراح شود لاکن در انتروکولیتیس مواد غایطی و یا صفراء همیشه در مواد غایطه موجود میباشد.

۲- با پورپورا مترافق با اعراض بطنی (Henoch's purupra) - در اینحالت ممکن دانه ها (rash) وصفی که با کیك خوردگی مغالطه شده میتواند موجود باشد تغلف میتواند با این شکل پورپورا بصورت مترافق موجود باشد و دروقایع مشکوك باید لپراتومی اجراً شود

۳ - با پرولاپس رکتم - که به اسانی تشخیص تفریقی شده طوریکه در پرولاپس رکتم غشای مخاطی با جلد محیط مقعدی تمادی داشته در حالیکه در تغلف که از فوهه مقعدی خارج شده باشد انگشت بداخل میزابه که بین عروه خارج شده و کانال انال ایجاد می گردد داخل میشود (شکل ۲۲).



شکل - «۲۲» — تغلف امعائیکه از فوهه معقدی خارج شده است. — پرولاپس قسمی رکتم

تغلف در جوانان - تقریباً همیشه توسط رتج میکل فرو رفته بداخل لومن امعاء بوجود میاید.

تغلف در کاهلان - اکثراً از باعث papilliferous گارسینوما بوجود امده بناء نزد این اشخاص تغلف شکل colocolic زیا ترمشاهده میشود واسباب نادر مرض را papilloma ولیپومای تحت المخاطی تشکیل میدهد درکاهلان شکل Idiopathic تغلف باستثنای مردمان مسلمان مصری که نزد شان فوراً بعد ازماه مبارك رمضان مشاهده میشود نادر میباشد.

تـــــــداوی

تداوی ابتدائی - این تداوی با الخصوص در وقایع که از تغلف بیشتر از ۱۲ ساعت گذشته باشد شامل اسپیریشن معدوی و ادامه آن در جریان عملیات و بعد از آن اصلاح وضعیت عمومی مریض با تطبیق محلولات dextrose و saline از طریق وریدی میباشد .

ارجاع تغلف توسط فشار هایدرو ستاتیك - جراحان آسترالیائی در مراحل مقدم مرض ارجاع تغلف را توسط فشار هایدرو ستاتیك ترجیح داده و در اطاق عملیات تحت انستیزی کتیتر لشم ناشده داخل مقعد طفل شده و این کتیتر با تیوب ظرف که پر از محلول فزیولوژیك ارتباط داده شده و با بلند قرار دادن ظرف به ارتفاع یك متر محلول در طول ٤ دقیقه داخل امعاء شده و درحالیکه بارزه های الیوی غرض جلوگیری از فرار مایع با هم نزد یك گرفته میشود کتیترخارج شده و اجازه داده میشود تا مایع بداخل امعا پیش رود تطبیق مایع چند بار تکرار شده و مایع که بعد از تطبیق اول دوباره خارج میگردد خون الوده بود ه و در صورتیکه این عمل باعث ارجاع تغلف گردد یك مقدار گاز و مواد خارج می شود و در وقایع که در ارجاع تغلف بصورت تام کوچکترین اشتباه موجود باشد باید لپراتومی اجراً شود و چون در این حالت نسبت فشار هاید ورستاتیك تا اندازه ای تغلف ارجاع از جسامت آن کاسته میشود. بناءً شق grid iron درحفرهء حرقفی راست برای تداوی کافی میباشد. جراحان سکاند ینویا ، ارجاع تغلف را توسط اماله باریوم ترجیح می دهند . و در اینجا باید گفت که معمول ترین میتود تداوی تغلف امعاء بدون در نظر داشت اهتمامات فوق ، عملیات جراحی میباشد .

تداوی جـــراحی

بطن توسط شق Paramedian راست سفلی باز شده و جهت خارج نمودن و ارجاع عروه معائی ، راس تغلف توسط فشار با ملایمت و آهستگی به عقب رانده میشود و تغلف ارجاع میگردد . در صورتیکه از تغلف مدت زیاد گذشته باشد ارجاع آن نا ممکن بوده و یا امـــکان دارد امعاء به گانگرین معروض شده باشد بناء باید امعاء ریزکشن شود بعد از ارجاع تغلف هر گاه سبب آن دریافت شود باید تداوی شود .

عود و نکس تغلف در ۱-۲٪ اشکال ایدیوپاتیك مرض مشاهده شده و در صورتیکه ایجاب عملیات دوباره را نماید باید جهت جلوگیری از نکس ، چند انچ اخیر الیوم با کولون صاعده خیاطه گذاری شود .

وفیات تغلف امعاء در ۲٤ ساعت اول کم بوده در حالیکه وفیات در اشکال غیر قابل ارجاع و مصاب گانگرین زیاد است .

تدور امعاء

تعریف - Volvulus عبارت از تدور امعا بدور محور مساریقهء آن میباشد .

این حادثه باعث انسداد امعاء و بندش اوعیه مساریقی آن میگردد . Volvulus زیاد تر در کولون سیگموئید ، سیکوم و امعاء رقیقه مشاهده شده ولی تدورکولون مستعرض کیسه صفراً و معده نیز بضاء دیده شده است Volvulus در اروپای غربی ، امریکا شمالی، استرالیا و مردمان سفید پوست افریقا نسبتاً غیر معمول بوده لاکن در اروپای شرقی ، اتحاد شوروی ، سکاند یناویا ، ایران ، هند ، افغانستان و مردمان سیاه پوست افریقای شرقی یکی از زیاد ترین اسباب انسداد حاد معائی میباشد .

ایتـــولوژی

عوامل و فکتور های که زمینه را برای ایجاد volvulus مساعد میسازد عبارت اند از:

۱- متحرك بودن بیش ازحد عروه معائی مانند طویل بودن عروه سیگموئید و نقص ولادی

معده توسط هستامین می باشد که این ماده توسط حجرات مجاور mast like افراز میگردد

همچنان یك میخانیکیت دیگر هومورال نیز موجود است که عامل آن به درستی شناخته نشده است. زمانیکه اسید و شحم به امعاء رقیقه رسید افرازات معدوی نهی می شود. افرازات معدوی در مرحله واگال غنی از اسید و پیپسین بوده در حالیکه در مرحله هومورال پیپسین کم تر تولید میگردد.

قرحهء پیپتیك

(Peptic ulcers)

قرحهء پیپتیك عبارت از ضیاع مادی غشای مخاطی است که میلان به تندب دایمی ندارد یعنی یك قسمت غشای مخاطی و تحت المخاط در معده و یا اثناعشر بکلی از بین رفته و مواد معدوی به تمام طبقه عضلی میاید.

این قرحات در نواحی از جهاز هضمی بوجود میاید که عملیه هضم توسط اسید و پیپسین صورت میگیرد مانند مری (piptic oesophagitis) ، معده ، اثناعشر ناحیه تفممی معدی معایی و در رتج میکل در صورت که حجرات oxyntic بصورت مخفی موجود باشد. قرحه پیپتیك میتواند حاد و یا مزمن باشد.

قرحهء پیپتیك حاد

ایتولوژی

قرحه معدوی حاد در نتیجه از بین رفتن مانعه مخاطی معده بوجود آمده و ممکن واحد ویا متعدد (multiple erosions) باشد. سبب آن بعضاً واضح نه بوده لاکن در نصف مریض تاریخچه نوشیدن الکول ، گرفتن اسپرین ، اندومیتاسین ، بوتازولیدون ، تداوی با ستروئید stress از باعث عملیاتهای بزرگ و یا سوختگی های شدید و وخیم (Curling.s ulcer) دریافت میگردد. قرحات مذکور با نزف ظاهر شده و در مریضان مسن مصاب التهاب مفصلی

تدور امعاء رقیقه.

۲- پر بودن بیش از حد عروه از امعاء مانند پر بودن کولون سیگموئید در اشخاص که قبضیت دارند .

۳- تثبیت بودن عروه معائی در اثر التصاقات از حذای ذوره آن .

٤ - باریك بودن قاعده عروه معائی .

تدور کولون سیگموئید

تدور کولون سیگموئید زیاد تر در اشخاص مسن و مصاب به قبضیت مشاهده شده و شیوع آن در مردان چهار مرتبه بیشتر از خانم ها میباشد . تدور کولون سیگموئید در کشور انگلستان بسیار کم مشاهده شده (در حدود ۲٪ تمام انسداد های امعاء) ولی در روسیه ، ممالك سکاندینوی ، سیاهان افریقاه ، هند، ایران و افغانستان بسیار شایع میباشد . و در این مرض عروه سیگموئید معمولاً بر خلاف عقرب ساعت از نصف دور تاسه دورتد ورمینماید.

پتــــولوژی

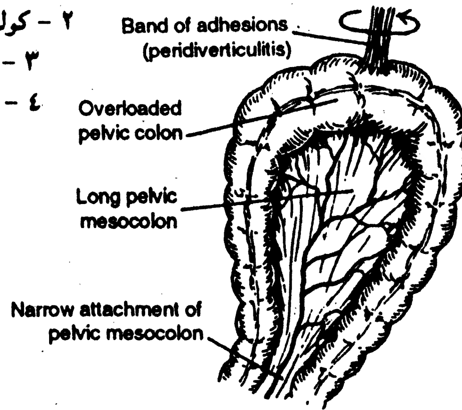
فکتور های که باعث تدور کولون سیگموئید میگردند عبارتند از: سیگموئید طویل و زیاد متحرك با مساریقه طویل و متحرك، التصاق ذور، عوره و یا باریك شدن قاعده ان در اثر التصاقات، پر و مملو بودن کولون با مواد غایطه و توسع زیاد کولون و ضخیم شدن جدار آن در میگا کولون کسبی.

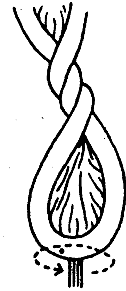
مطالعات نشان داده که تدور کولون سیگموئید در ممالك رو به انکشاف (شیوع زیاد) و ممالك غربی دو فرق مهم دارد اول این که عروه سیگموئید در ممالك روبه انکشاف طویل دارای جدار های نازك و مساریقه باریك بوده درحالیکه در ممالك غربی شدیداً ضخاموی بوده این تغیرات در رکتم نیز تمادی داشته و نشان میدهد که تدور سیگموئید یك اختلاط میخانیکی انومالی مخصوص کولون می باشد دوم اینکه کولون سیگموئید در ممالك رو به انکشاف مملو از مواد غایطه بوده در حالیکه در ممالك غربی مملو از گازات است .

ارتباط بین تدور کولون سیگموئید و امراض روانی نیز کاملاً تثبیت شده که این ارتباط

ممکن از باعث موجودیت قبضیت و عدم تخلیه و اطراح مواد غایطه نزد این مریضان مسن و مصاب تشوشات روانی باشد .

۱- برید (band) التصاقی.
۲ - کولون حوصلی (overloaded)
۳ - مساریقه طویل کولون حوصلی
٤ - قاعده متضیق کولون حوصلی





شکل ٢٤ - فکتورهای مساعد کنندهء تدور کولون سیگموئید.

شکل - ۲۳ تدور امعاء رقیقه

تظاهرات سریری

در تدورکولون سیگموئید دردهای کولیکی بطن بصورتآنی ظاهر شده که با اتساع شدیدو سریع کولون سیگموئید مترافق بوده وهمچنان سایر اعراض و علایم انسداد نیز موجود میباشد رادیوگرافی ساده بطن خیال متوسع و بیضوی شکل را در طرف چپ بطن نشان داده که بنام bent inner tube sign و یا omega sign شود و در صورت عدم تداوی امعاء به گانگیرین معروض شده و مریض از باعث ایجاد پریتونیت فوت میکند .

تـــــــداوی

هدف در تداوی تدور کولون سیگموئید دوچیز میباشد: یکی رفع تدور و دیگر جلوگیری از نکس و عود تدور که دومی اهمیت زیاد ذاشته زیرا در صورتیکه با تداوی محافظه کارانه و یا جراحی صرف تدور رفع گردد احتمال تدور بعدی و دوباره زیاد میباشد .

تداوی تدورکولون سیگموئید میتواند محافظه کارانه ویا جراحی باشد وقبل ازاینکه تداوی محافظه کارانه تدور کولون سیگموئید مطالعه شود باید گفت که این تداوی در سرویس جراحی

شفاخانهء علی آباد نسبت مراجعهء مریضان بصورت موخر به شفاخانه و عدم مراجعه دوباره آنها جهت عملیات مروج نمی باشد .

تداوی محافظه کارانه

تدور کولون سیگموئید میتواند بصورت بنفسیه و یا توسط اماله باریوم و یا اماله ساده ارجاع و رفع گردد.

در میتود ارجاع محافظه کارانه و غیر عملیاتی در حالیکه مریض بوضعیت جنبی چپ خوابیده تحت انستیزی عمومی و بکمك سیگموئید وسکوپ یك تیوب را بری نرم و خوب لشم شده در رکتم به علوی رانده و در صورت اجراء درست مانوره ، تیوب مذکور داخل قسمت تدوری امعاء شده و به تعقیب آن با یك صدا مقدار زیاد گاز و مواد غایطه رقیق خارج شده و انتفاخ بطن از بین میرود و تیوب برای مدت ٤٨ ساعت کشیده نمی شود . قرار نظریه مولف Hughes (١٩٨٠) گانگرین در کولون سیگموئید در این وقایع نسبت ضخامه زیاد طبقه عضلی که مانع تدور شدید میگردد و همچنان بزرگ بودن اوعیه آن که دارای جدار ضخیم میباشد بصورت نادر و موخر بوقوع رسیده بناءً تداوی فوق در مراحل مقدم تدور کولون سیگموئید یك عملیهٔ مصؤن و کم خطر میباشد .

در صورتیکه توسط تداوی محافظه کارانه تدور ارجاع نگردد تیوب در جایش گذاشته شده تا در اثنای عملیات جهت تخلیه گازات و محتوی کولون از آن استفاده شود .

دراین اواخرتدورکولون سیگموئیدتوسطکولونوسکوپ بصورت موفقانهارجاعشده و مفیدیت این میتود اینست که بکمك کولونوسکوپ حیاتیت مخاط ناحیه ماوفه نیز مشاهده می گردد.

تداوی جـــراحی :

این تداوی در اشکال موخر و بیش رفته تدور کولون سیگموئید، جلوگیری ازنکس مرض و عدم موفقیت تداوی محافظه کارانه اجراً میگردد. و در حالیکه تیوب مقعدی تطبیق شده بطن توسط شق خط متوسط باز و بعد از رفع تدور، گازات و محتوی کولونها بکمك آله بنام trocar که با ماشین suction ارتباط دارد تخلیه میگردد و بعد از ریزکشن قسمت

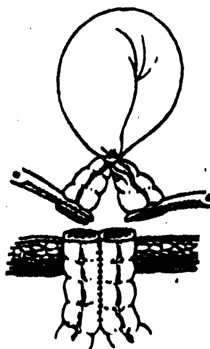
اضافی کولون سیگموئید و در صورت گانگرین برداشتن ناحیه گانگرین شده نزد مریض double barreled colostomy (طریقه Paul Mikulicz) اجراً میگردد و در صورتیکه نهایت Distal نسبت وسعت گانگرین بجدار بطن رسیده نتواند این نهایت دوخته شده و نهایت پروکسیمل به شکل Hartmann colostomy بجدار بطن بیرون کشیده میشود .

بخاطر باشد که در صورت عدم گانکرین کولون بعد از برداشتن قسمت اضافی در وقایع که کولون پاك و بدون مواد غایطه باشد میتوان به صورت مقدم کولون را end to end تفمم داد.

تدور سیکوم

تدور سیکوم اکثراً همراه با أنومالی ولادی تدورامعاء بوده و بعوض انکه سیکوم در حفره جرقفی راست تثبیت باشد نسبت حفظ مساریقه خویش متحرك میباشد .

تدور سیکوم اکثراً موافق عقرب ساعت بوده و سیکوم به علوی و چپ بطن قرار میگرد . تدور می تواند از ۹۰ درجه الی سه تدور تام فرق نماید .



شکل «۲۵»

عملیات paul Mikulicz در تدور کولون سیگموئید

از نظر سریری نزد مریض درد بصورت آنی در حفره حرقفی راست بوجود امده و بطن بصورت فوق العاده زیاد متوسع میگردد دلبدی ، استفراغ و قبضیت تام نیز از جمله تظاهرات سریری مرض میباشد . رادیوگرافی بطن اکثراً سیکوم متوسع را در (L. U. Q.) نشان میدهد و اماله باریوم در تشخیص مرض بسیار موثر میباشد .

تـــــــداوی

تداوی تدور سیکوم جراحی بوده و باید گفت که رفع تدور با استفاده از کولونوسکوپ کمتر موثر میباشد .

بعد از باز نمودن بطن ، درصـورت امکان رفع تدور و نارمل بودن عروه از نظر حیاتی با احتیاط تام تدور رفع شده زیرا جدار امعاء فوق العاده نازك بوده و ممکن پاره گی قسمی در جدار قبلاً موجود باشد در اینصورت بعد از رفع تدور اکثر جراحان caecopexy کرده و سیکوم را توسط خیاطه غیر قابل رشف بجدار بطن تثبیت میکنند لاکن در اشکال حاد مرض بعد از رفـــع تدور با اجراء caecostomy موقتی محتوی سـیکوم تخلیه شده که caecostomy بنوبه خویش باعث التصاق و تثبیت سیکوم بجدار بطن میگردد .

در صورت عدم امکان رفع تدور ویا موجودیت گانگرین، ریزکشن استطباب داشته و عملیات انتخابی عبارت از hemicolectomy طرف راست بصورت مقدم و یا عملیات Mikulicz - resection exterorisation میباشد.

تدور امعاء رقیقه در بالغان

Volvulus امعاء رقیقه در بالغان زمانی بوجود میآید که ذروه یك عروه معائی توسط التصاقات و یا بقایای رتج میکل تثبیت شده باشد. بعضاًذوره Volvulus را یك تومور تشکیل میدهد. در افریقا volvulus ابتدائی امعاء رقیقه بصورت نسبی شایع بوده که ممکن علت آن سنگین شدن عروه معائی توسط مواد غذای نباتی باشد . تظاهرات سریری تدور امعاء رقیقه مشابه انسداد حادامعاء می باشد.

تـــــــداوی

تداوی تدورامعاء رقیقه عـــبارت ازعملیات عاجلجراحي اســـت تا تدور رفع و سبب volvulus امعاء ازبین برده شود ودرصورتیکه امعاءگانگرین کرده باشدبایدناحیه گانگرین شده ریزکشن شود.

انسداد فلجی
(Paralytic ileus)

کلمهء ileus ازحرف یونانی (Eileos) که بمعنی (to roll) یاپیچ زدن است مشتق شده و از همین جهت به کولیك وبعداً انسداد امعاء اطلاق شده است. بناءً استعمال کلمه ileus به تنهائی برای بیان انسداد پارالیتیك درست نبوده زیرا الیوس به تنهائی معنی انسداد امعاء را دارد.

انسداد فلجی که از باعث فقدان عدم حرکات معائی بوجود می آید میتواند یك حالت atony امعاء تعریف کرد و تظاهرات عمده سریری آن عبارت اند از:

١ - انتفاخ بطن.

٢ - قبضیت تام.

٣ - استفراغات.

٤ - فقدان حرکات معائی.

ایتـــولوژی

اسباب انسداد فلجی یا وظیفوی متعدد بوده و بعضاً چند عامل در ایجاد مرض رول دارند و عبارتند از :

١ - reflex - انسداد پارالیتیك میتواند در اثر ماوف شدن سیستم عصبی اتونوم امعاء بوجود آید و چنین عارضه ممکن در کسور فقرات و حوصله ، تطبیق پلستر ، نزف خلف پریتوانی ، کولیك کلیوی و گاهی در ولادت ها ممکن مشاهده شود.

٢ - پریتونیت - در پریتونیت ها از باعث فلج ضفیره عصبی intrinsic توسط توکسین ممکن امعاء معروض به اتونی گردد و میتواند مترافق با آن انسداد میخانیکی نیز از باعث قات شدن امعاء در اثر التصاقات فیبر نی موجود باشد و در اینصورت انسداد

میخانیکی بالای فلجی علاوه میگردد.

۳ - عوامل کیمیاوی - ضایعات شدید پوتاسیم، یوریا، و کومای دیابیتیك باعث انسداد فلجی شده میتواند.

٤ - ادویه جات - انسداد فلجی ممکن است بعلت تجویز بیش از حد ادویه گانگلیوپلژیك مانند hexamethonium و ادویه انتی کولینرژیك مانند probanthine بوجود آید.

۵ - بعد از عملیات های بطنی (post operative): بعد از هر لپراتومی انسداد فلجی بدرجات مختلف مشاهد شده اسباب این نوع الیوس مغلق بوده و شامل فعالیت بیش از حد سیستم عصبی سیمپاتیك ، دست زدن زیاد امعاء ، کمبود پوتاسیم (استفراغ زیاد قبل از عملیات) ، تخریش پریتوانی توسط خون ویا از باعث پریتونیت و اتونی معده و ا معاء غلیظه که بعد از هر عملیات جراحی ظاهر شده و برای ٢٤ - ٤٨ ساعت دوام مینماید میباشد.

اتساع و انتفاخ بطن که در روزهای اول و دوم بعد از عملیات بوجود می آید به گمان اغلب از باعث هوای بلع شده ای است که از امعاء رقیقه (حرکات استداری آن بعد از عملیات جراحی نسبتاً نارمل است) گذشته لاکن نسبت اتونی در کولونها توقف می نماید. در صورتیکه الیوس پارالیتیك بیشتر از ٤٨ ساعت دوام نماید ممکن سایر عوامل سببی موجود باشد.

تاثیرات سوء انسداد فلجی مانند انسداد میخانیکی ساده بوده و عبارتند از :

۱ - ضایعات شدید مایعات، الکترولایت ها و پروتین در بین لومن امعاء و از طریق استفراغات و تخلیه محتوی معده.

۲ - توسع شدید امعاء بعلت تجمع گازات بلع شده که نمیتواند امعاء را عبور نمایدو این توسع زیاد ، ارواء امعاء را مختل ساخته و جذب توکسین را کمك میکند.

۳ - توسع زیاد بطن ، وظایف تنفسی و قلبی را مختل ساخته و فشار بالای اورده بزرگ باعث ترومبوز اورده اجوف ، ورید باب یا سیستم وریدی محیطی میگردد.

تظاهرات سریری

انسداد فلجی مخصوصاً بعد از عملیاتهای جراحی پریتونیت ویا تعقیب عملیات های

بزرگ بطنی مشاهده میگردد. توسع بطن ، قبضیت تام ، و استفراغات بوون قوه از تظاهرات اصلی مرض میباشد . درد به شکل ناراحتی از باعث توسع بطن و تحت فشار و کشش قرار گرفتن جرحه عملیاتی موجود می باشد.

در معاینه مریض ناارام و مضطرب بوده ، بطن خاموش ، متوسع و با جس درد ناك است. در رادیو گرافی بطن گازات درطول امعاء رقیقه وغلیظه با چند سویه مایع ممکن مشاهده شود.

انسداد فلجی امکان داردتدریجاً بطرف انسـدادمیخانیکی ازباعث ایجاد التصاقات و برید های لیفی بتعقیب عملیاتهای بطنی سیر نمایدکه تشخیص تفریقی بین این دونوع بسیار مشکل میباشد. تشخیص دقیق در این مریضان نهایت مهم بوده زیرا تداوی انسداد فلجی محافظه کارانه بوده ودر حالیکه انسداد میخانیکی اکثراً ایجاب عملیات عاجل جراحی را مینماید.

تشخیص تفریقی

در تشخیص تفریقی انسداد فلجی از انسداد میخانیکی نقاط ذیل مد نظر باشد:

۱ - انسداد فلجی نادراً بیشتر از ۳ - ٤ روز دوام کرده بناءً ادامه اعراض و علایم انسداد زیاد تر از این مدت انسداد میخانیکی را بخاطر می آورد.

۲ - موجودیت آواز های معائی اهمیت زیاد داشته یعنی عدم موجودیت آواز های معائی دلالت به انسداد فلجی کرده و در حالیکه تشدید آواز های معائی انسداد های میخانیکی را نشان میدهد.

۳ - انساد فلجی بصورت نسبی بدون درد بوده در حالیکه در انسداد میخانیکی مریض درد بطنی به شکل کولیکی دارد.

٤ - اگر علایم انسداد بعد از عبور گاز و مواد غایطه ظاهر گردد امکان زیاد دارد انسداد ا زنوع میخانیکی باشد و امکان دیگری که مد نظر باشد عبارت از لیکاژ ویا فرار محتوی امعاء از ناحیه انستموتیك و ایجاد پریتونیت میباشد.

٥ - مشاهده گازات به شکل پراگنده در امعاء رقیقه وغلیظه در یك کلیشه رادیوگرافیك دلالت به انسداد فلجی کرده ، در حالیکه توسع موضعی عروه معائی بدون موجودیت خیال گاز

در کولون و رکتم انسداد میخانیکی را نشان میدهد.

تـــــــداوی

تداوی وقایوی - تنظیم تعادل بیوشیمیك بدن قبل از عملیات در جلو گیری از انسداد فلجی خیلی موثر بوده همچنان در اثنای عملیات،امعاء بخوبی با ملایمت دست زده شود و جهت جلو گیری از توسع معده از باعث هوای بلع شده در مرحله بعد از عملیات باید اسپریشن معده صورت گیرد.

در اشکال تاسس یافته مرض باید جهت تخلیه هوای بلع شده و جلوگیری ا زتوسع معده اسپریشن صورت گیرد تخلیه مایعات نیز در جلوگیری از توسع معده کمك کرده و طوریکه میدانیم عبور تیوب Miller - Abbot از امعاء مصاب اتونی نهایت مشکل بوده بناءً اکثر جراحان ا ز استعمال آن منصرف شده اند.

مایعات و الکترلایت های مورد ضرورت از طریق ورید توصیه شده و pethedine و cholrpromazine برای تسکین مریض و جلوگیری ا زاستفراغات تطبیق میشود. و این تداوی در صورتیکه انسداد فلجی از باعث اسباب دیگر از قبیل انتانات بوجود نه آمده باشد مفید واقع میگردد.

در صوریتکه هیچگونه آثار و علایم انسداد میخانیکی و انتانات موجود نباشد انسداد فلجی دوامدار و معند را میتوان با استفاده از ادویه های از قبیل guanethidine که نهی کنندهٔ سیمپاتیك امعا را بلاك مینماید بعضاً تداوی کرده و این دوا با منبهات پاراسمپاتیك از قبیل فکتور های کولینرژیك (bethanecol chloride) ویا ادویه انتی کولینیسترا ز (prostigmine) تعقیب میگردد.

فصل چهارم

عروه‌ء اپاندکس

اناتومی جراحي: اپاندکس عبارت از یك استطاله‌ء استوانه ای شکل است که در جدار خلفی انسی سیکوم در نقطه اتصال سه Taonia coli تقریباً دونیم سانتی سفلی تر از دسام الیوسیکل قرار دارد. طول اپاندکس فوق العاده متغیر بوده و از ۱ - ۲۵ سانتی متر میباشد . لاکن طور متوسط ۵ - ۱۰ سانتی متر است . قطر اپاندکس ۷ - ۸ ملی متر و قطر لومن آن ۱ - ۳ ملی متر میباشد. اپاندکس یگانه عضو بدن است که موقعیت ثابت نداشته و در حالت طبعی نزد اشخاص کاهل مانند سیکوم در حفره حرقفی راست موقعیت دارد لاکن با وجود آنهم مانند سیکوم و نظریه سیکوم موقعیت های ذیل را اشغال کرده می تواند:

- موقعیت اپاندکس مانند سیکوم:

الف –موقعیت علوی یعنی درقدام کلیه راست و درتحت وجه سفلی کبد(Subhepatic)

ب – موقعیت سفلی در جوف حوصله (Pelvic)

ج – موقعیت معکوس در حفره حرقفی چپ (Situs inversus viscerum) ویا Transposition احشاء ویا در وقایع که اپاندکس بطرف چپ تمادی داشته باشد.

- موقعیت اپاندکس نظر به سیکوم

الف – موقعیت (Paracaecal) یا (Precaeeal) (اپاندکس در وجه وحشی سیکوم در یك میزابه قرار دارد)

ب – موقعیت Reteecaocal (اپاندکس در خلف سیکوم قرار داشته و میتواند بصورت قسمی و یا تام خارج پریتوانی باشد)

ج – موقعیت Preileal با قدام عروه الیوم.

که ادویه فوق را اخذ می نماید اکثراً مشاهده میشود.

پتولوژی

قرحهء پیپتیك حاد اغلباً متعدد بوده و در ۷۵٪ وقایع بیش تر از سه قرحه موجود می باشد قرحات مذکور در معده در هر ناحیه مشاهد شده لاکن در اثناعشر این قرحات منحصربه قطعه اول اثناعشر می باشد. قرحه شکل بیضوی یا کروی داشته و جسامت شان از ۱ - ۲ ملی متر قطر (که بنام erosion یاد می شود) تا یك سانتی متر قطر یا بیش تر ازان فرق میکند سطحی و از داخل به خارج فرو رفته بوده و نادراً طبقه عضلی را شغال می نماید و در صورت ترمیم ندبه از خود بجا نمی گذارد.

تظاهرات سریری

وقوعات قرحات پیپتیك حاد ممکن زیاد مشاهده شود که باعث حملات گذری و کم دوام سو هاضمه شده و بدون تشخیص التیام می یابد و صرف زمانی تشخیص میگردد که باعث hematemesis شوند. این قرحات در صورتیکه در جدار قدامی اثناعشر توضع داشته باشند می توانند تثقب نمایند. قرحات پیپتیك حاد باعث نزف در هردو جنس شده و یك تعداد شان بطرف مزمن شدن سیر می نماید.

تـــــداوی

تداوی قرحات پیپتیك حاد عبارت از بر طرف نمودن عامل سببی آن در صورت امکان است این قرحات با تداوی طبی به سرعت الیام یافته و hematemesis ممکن ایجاب نقل الدم را نماید و برای جلو گیری ازنکس و مزمن شدن مرض باید تغذی مریض اصلاح گردد.

Stress ulcers

یکنوع مخصوص قرحه حاد بوده و اکثراً در مریضانی مشاهده می شود که تحت تداوی و مراقبث جدی قرار دارند و نزد آنها تاریخچه تفریط فشار خود از باعث نزف ، شاك

فصل نهم (پانکراس)

فصل دهم (طحال)

فصل یازدهم (پریتوان)

فصل دوازدهم (فتق هاي جدار بطن)

بسم الله الرحمن الرحیم

تقریظ

کتاب که تحت عنوان امراض جراحی بطن توسط محترم پوهنوال دوکتور محمد معصوم عزیزي برای تدریس محصلین طب تحریر گردیده است مطالعه نمودم.

موصوف کتاب مذکور که حای دوازه فصل میباشد بصورت مطلوب تحریر و در هر مبحث شیما های آن نیز بصورت جداگانه ترتیب داده شده است. این کتاب نه تنها برای استفاده محصلین طب مفید بوده بلکه دوکتوران جوان نیز از آن استفاده کرده می توانند زیرا تکنیك های عملیات نیز بصورت مفصل تحریر شده است. در تحریر این کتاب دوکتور عزیزی از ماخذ های جدید خارجی استفاده کرده که ریفرنس های تحریر شده شاهد آن می باشد.

دوکتور محمد معصوم عزیزی یکی از همکاران جدی و فعال سرویس جراحی بوده که وظیفه خویش را چه از نظر تدریس برای محصلین طب و چه از نظر معالجوی با حسن اخلاق اجراء می نماید . سرویس جراحی امیدوار است که دوکتور در تمام دورهء مکلفیت طبی خویش بتواند مصدر خدمات شایسته برای هموطنان گردد و همکار نیکو کار برای هم‌مسلکان و استاد مطلوب برای تربیه محصلین طب باشد. این اثر که در شرایط بسیار ناگوار کشور با زحمات زیاد توسط پهنوال داکتر محمد معصوم عزیزي ترتیب و تحریر گردیده است یك اثر مفید برای محصلین طب و دوکتوران جوان بوده و توصیه مینمایم تا هر چه زود تر غرض استفاده محصلین طب چاپ و نشر گردد.

با احترام

پوهاند دوکتور محمد رحیم لودین

بسم الله الرحمن الرحیم

تاریخ: ۱۵ می سال ۲۰۰۰

تقریظ

کتاب جراحی امراض بطنی که توسط پوهنوال دوکتور محمد معصوم عزیزی تحریر گردیده . از طرف استادان جراحی انستیتوت طب کابل (محترم پوهاند دوکتور محمد رحیم لودین، محترم پوهنوال دوکتور سید حسن معنوی و محترم پوهنوال دوکتور اسد الله رحمت) و شورای عالي انستیتوت طب کابل به حیث کتاب درسی تائید گردیده و طبع آنرا برای محصلین طب مفید دانسته اند.

با مروری که در فصول این کتاب نمودم و محتوای آنرا عمیقاً مطالعه نمودم ، دریافتم که استاد مذکور در نوشتن کتاب زحمات زیاد کشیده و در انتخاب موضوعات از منابع مختلف کتب خارجی و موضوعات علمی تازه استفاده نموده است اگرچه در بعضی از فصل های کتاب موضوعات تکینیکی و عملیات ها را بالا تر از لکچر های صنفی اضافه نموده که آنرا هم برای محمصلین خالی از استفاده نمی دانم.

چون داکتر عزیزی از بدو شمولیت در کدر علمی پوهنځی طب تحت نظر استادان جراحی و این جانب از بسیار نزدیك کار نموده و در شیوهء تدریس مخصوصاً در کار های عملی شاگردان چه بالای بستر مریض و چه در اتاق عملیات با محصلین مصروف بوده و تجربیات زیاد کسب نموده است و کتاب هذا با ادبیات خوب و آسان قابل فهم برای شاگردان و مطابق به تجربیات درسی تحریر گردیده است.

لذا چاپ کتاب مذکور را در پوهنتون افغان توصیه نموده و آنرا به حیث کتاب درسی برای محصلین این پوهنتون قابل استفاده و مفید در امر تدریس میدانم و برای استاد موصوف موفقیت های مزید را آرزو می نمایم.

با احترام

پوهاند دوکتور مهر محمد اعجازی

پروفیسر جراحي و یورو لوژی

تقریظ

کتاب امراض جراحی بطن را که در دوازده فصل توسط محترم پوهنوال داکتر محمد معصوم عزیزی برای صنف چهارم فاکولته طب انستیتوت طب کابل تهیه و برشتهء تحریر در آورده شده است بدقت زیاد مطالعه نمودم.

این کتاب از منابع و مأخذ جدید تهیه شده و معلومات خیلی مفید و مفصل را برای محصلین طب کابل آماده میسازد. بر علاوه، دوکتوان جوان میتوانند ازین کتاب استفاده زیاد و خوب نمایند.

تمام فصول این کتاب در مطابقت به کروکولم فاکولته طب تهیه شده و در پرکتس روزمره محصلین و دوکتوران جوان تصادف میگردد.

بنابر شناخت طولانی که با نویسنده کتاب هذا دارم و از آنجائیکه ایشان شخص بی نهایت پاك نفس و وظیفه شناس بوده، دارای پشتکار فوق العاده اند بوجود آوردن چنین اثر پر ارزش را در چنین شرایط مشکل و دشوار از ایشان انتظار داشتم.

من اثر موجوده ایشان را یك اثر بسیار مفید برای محصلین و دوکتوران جوان دانسته امید است محصلین و دوکتوران جوان ازین اثر بهره زیاد ببرند.

در اخیر موفقیت محترم پوهنوال داکتر محمد معصوم «عزیزی» را که شخص خوش قلب، دارای اخلاق حمیده و تواضع نفس اند در تدریس و تهیه این کتاب برایشان تبریک گفته موفقیت های مزید وی را در حیات روزمره و خدمات صادقانه ایشانرا برای وطن عزیز خواهانم

با احترام

پوهنوال دوکتور اسد الله رحمت

عضو دیپارتمنت جراحی وزیر اکبر خان روغتون



افغان پوهنتون

پوهنځی طب

۲

امراض جراحی بطن

مؤلف: پوهنوال دکتورمحمد معصوم «عزیزی»

سال ۱۳۷۹

بنام خداوند بزرگ

تقریظ

این اثر که در مورد امراض جراحی بطن در دوازده فصل و (٤٠٦) صفحه توسط محترم پوهنوال داکتر محمد معصوم عزیزی تهیه و تحریر شده مطالعه گردید.

ازانجائیکه عناوین به اصلوب درست گنجانیده شده یعنی ابتداء از اناتومی و فزیولوژی اعضای مختلفه که از نظر جراحی نکات خوبی دران مراعات گردیده تشریحات ارایه و بعداً در مورد امراض معلومات خوب و ارزنده تحریر شده مطالعه آن هم برای محصلین طب و هم برای دوکتوان جوان جراحی مفید میباشد . بناءً این اثر به حیث یك کتاب درسی برای محصلین طب از طرف اینجانب مورد تأیید است.

در اخیر موفقیت های بیش تر محترم داکتر محمد معصوم عزیزی را در نوشتن همچو آثار از بارگاه خداوند متعال آرزو میبرم.

با احترام

پوهنوال دوکتور سید حسن معنوی

شف دیپارتمنت یورولوژی شفاخانهء علی آباد.

بنام خداوند توانا

مقدمه

زمانیکه محصل پوهنځی طب کابل بودم بالخصوص وقتیکه افتخار عضویت کدر علمی انستیتوت طب کابل را در دیپارتمنت جراحی شفاخانه علی آباد حاصل نمودم از شیوه تدریس به شکل Dictation در بعضی دیپارتمنت های این انستیتوت رنج برده و جهت رفع این نقیصه و بهتر شدن شیوه تدریس در دیپارتمنت جراحی علی آباد همیشه آرزو داشتم تا کتاب درسی را که از هر نقطه نظر این خلای بزرگ را پر و برای تدریس محصلین طب و دوکتوران جوان مفید و ارزشمند باشد تالیف نمایم. بالاخره بیاری خداوند بزرگ این کتاب را تهیه و ترتیب کرده و بدسترس شما محصلین عزیز و طبیبان آیندهء کشور قرار میدهم.

این کتاب که مطابق کوریکولم درسی محصلین صنف چهارم طب تحت عنوان امراض جراحی بطن در دوازده فصل و (٤٠٦) صفحه به لسان دری تحریر شده در بر گیرنده تمام امراض جراحی انبوب هضمی (از معده الی انوس) ملحقات (کبد، طرق صفراوی ، پانکراس ، طحال) پریتوان، و فتق های جدار بطن میباشد . در تهیه این کتاب سعی به عمل آمده تا موضوعات آن جدید و مطابق ضرورت و سویه محصل صنف چهارم طب باشد. از اینکه این کتاب در شرایط بسیار دشوار وطن و با امکانات نهایت محدود تحریر شده بناء ممکن خالی از خطا و اغلاط نباشد و از خوانندگان محترم آرزو مندم تا در صورت مواجه شدن به آن بنده را در جریان گذاشته به تصحیح آن اقدام نمایند.

در اینجا وظیفه خویش میدانم تا از دانشمند محترم و استاد سابقه دار و با تجربه انستیتوت طب کابل محترم پوهاند دوکتور محمد رحیم لودین و محترم پوهاند دوکتور مهر محمد اعجازی که بنده را نیز مانند سایر دوکتوران کشور در کسب علم طب و تجارب طبی

رهنمایی عالمانه نموده اظهار سپاس و امتنان کرده و از بارگاه خداوند برایشان صحت کامل و سعادت بیش تر استدعا مینمائیم همچنان از برادر عزیز محترم محمد زبیر هیکل محصل صنف پنجم طب معالجی کابل که در رسم های این کتاب همکاری نموده مسئولین پوهنتون افغان که امکانات طبع کتاب را مهیا ساخته اظهار تشکر میکنم.

در اخیر امیدوارم تا این کتاب یك اثر علمی مفید و با ارزش در جهت تدریس برای محصلین طب و ارتقای سویه علمی آنها و دوکتوران جوان کشور باشد.

پوهنوال دوکتور محمد معصوم «عزیزي»
استاد دیپارتمنت جراحی

افغان پوهنتون

پوهنځی طب

امراض

جراحی بطن



مؤلف

پوهنوال دوکتور محمد معصوم «عزیزی»

استاد دیپارتمنت جراحی

مشخصات کتاب

نام کتاب : امراض جراحی بطن

مؤلف : پوهنوال دکتور محمد معصوم «عزیزی»

ناشر : افغان پوهنتون پشاور

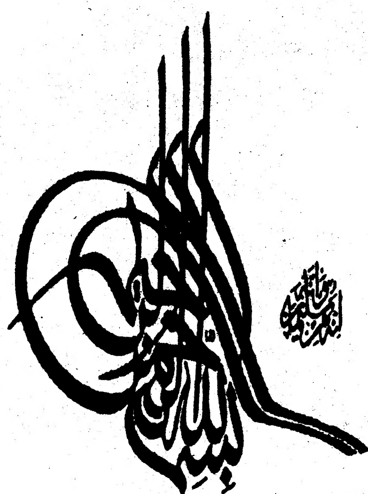
کمپوزودیزاین : م،ط خدری

سال چاپ : ۱۳۷۹هـ ش 2000 میلادی

تیراژ : ۱۰۰۰ جلد

محل چاپ وکمپوز: مطبعهء سید.جمال الدین افغانی (SJAWO)

نعمت محل، پشاور تیلفون: ٤٤٢٥٨



فهرست مندرجات